Rok XLIV. Kraków, 14 Stycznia 1905. Nr. 2.

Redakcya: ulica Basztowa l. 4.
Administracya: ul. Wielopole l. 4.
Telefon Nr. 93.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu C. Adam Scsr. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., w Paryżu C. Adam Scsr de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rsr. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 5 dolarów.
Jeden numer osobno kosztuje 40 hal.

Treść:

Rok XLIV. Kraków 14 Stycznia 1905. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał

Dr. J. Woszczyński,

sekundaryusz oddziału.

Woda jako środek leczniczy znaną jest tak dawno, jak dawno znane są choroby. W starożytności stosowano ją w chorobach gorączkowych, nerwowych i psychicznych, a używano przeważnie wody zimnej. Hippokrates i Celsus zalecają zimne zlewania chorych na umyśle, a nauka ta przechowuje się aż do wieków średnich, rozwijana przez lekarzy cesarstwa, którzy prócz medykamentów używają zimnych kąpieli i nacierań.

W wiekach średnich upada leczenie wodą. Są to czasy, w których zboczenia umysłowe uważane są jako kara za grzechy, a chorzy tacy za opętanych przez dyabła, to też leczeniem obłąkanych zajmują się teologowie: wypędzają złego ducha i każą żyć pobożnie, aby się zabezpieczyć od niego. Nawet uczeni mało zajmują się leczeniem. Paracelsus (1490—1541)[1], chemik i lekarz nie jest wolny od tych pojęć; uznaje tylko obłęd (manię) jako chorobę umysłową i każe ją leczyć zewnętrznie i wewnętrznie: nacinać skórę na końcach palców, przystawiać przyszczydła i podawać silne środki przeczyszczające, aby wypuścić *„humor destillatus“*. Czasem jednak bywają stosowane ciepłe kąpiele i środki napotne; zimną wodę uważają za szkodliwą.

W wieku XVII poczyna zimna woda ponownie wchodzić w zwyczaj, szczególnie w Anglii używają jej z upodobaniem, a w niektórych krajach dochodzą pod tym względem do skrajności, n. p. we Włoszech, gdzie wszystko leczą nacieraniami śniegiem i lodem. Iremont Boerhave[2]) poleca zanurzanie w zimnej wodzie lub wprost wrzucanie do wody tak długo, dopokąd chory nie straci przytomności.

Większe zainteresowanie się wodolecznictwem widzimy w wieku XVIII, kiedy poczynają przeważać pojmowania psychologiczne chorób umysłowych i psychologiczne ich traktowanie. Powoli znikają pojęcia o demonach, a psychiatryą zaczynają zajmować się lekarze i leczyć stosownie do ówczesnych pojęć psychologii zapomocą nagłego przestrachu i środków, mających zmienić nastrój psychiczny. Wrzucają więc chorych nagle do wody, leją na nich rozmaite tusze, lub poprostu karzą chorych.

Z końcem XVIII wieku poczynają tu i owdzie powstawać zakłady dla obłąkanych, co ułatwia lekarzom obserwacyę chorych i skutków leczenia. Jednak brak znajomości chorób umysłowych, zmian, jakie one wywołują w układzie nerwowym i przyczyn, z jakich powstają, z drugiej strony nieznajomość działania wody zimnej i ciepłej na nerwy, krążenie i przemianę materyi, uniemożliwiały lekarzom wysnucie wniosków z ich obserwacyi i stworzenie podstaw leczenia, które z konieczności musiało pozostać grubą empiryą, nie uwalniającą od zawodów, a nieraz fatalnych następstw. Dzielą się zdania co do użyteczności wody. Jedni chwalą zimną, drudzy ciepłą wodę, inni, nie mając do niej zaufania, rzadko ją stosują. Heinroth[3]) na początku XIX wieku używa u szalonych zimnych okładów na głowę, podaje kalomel lub „tamaryndy“ z solą glauberską, a jeśli to nie pomaga, przywiązuje do stołka.

Leczenie wodą przechodzi w ręce homeopatów i rozmaitych partaczy. Najpoważniejszym między nimi jest Priessnitz[4]) (około roku 1820) właściciel zakładu wodoleczniczego w Gräfenbergu. On to doprowadza hidroterapię do niebywałego rozwoju, wprowadzając do leczenia rozmaite procedury: całe i półkąpiele, zawijania mokre i suche, zawijania pojedynczych części ciała, zlewania, okłady i opaski. Polecał dyetę obfitą, a niedrażniącą i picie wielkiej ilości wody, co miało działać na ruch robaczkowy jelit. Do leczenia należała praca fizyczna. W ten sposób leczył Priessnitz wszystkie choroby, także nerwowe i psychiczne, a używał do swych zabiegów wodoleczniczych tylko wody źródlanej. Jakkolwiek nie stworzył on żadnej metody, wprowadził bowiem tylko w użycie zabiegi, używane przez braci Hahn we Wrocławiu, stosując je jednak szczęśliwą ręką i wydoskonalając, dał bodziec do spopularyzowania hidroterapii i uważanym bywa za jej reformatora.

Schrott[4]), wysłużony kapral dragonów i przeciwnik Priessnitza, używa w swym zakładzie do zawijań trzech mokrych prześcieradeł, każe jeść tylko bułki i zaleca spokój.

W tym czasie powstaje teorya „kriz“; występowanie czyraków i wyprysków uważają za przełom w chorobie; w rzeczywistości nie miały one nic wspólnego z chorobą i były następstwem w części mechanicznego tarcia przy zawijaniach, w części zaś wielkiej różnicy w ciepłocie ciała, a zimnej wody.

Jeszcze w połowie XIX wieku używają zimnych kąpieli, a polecają je poważni autorowie i psychiatrzy, jak Jacobi[5]), który zaleca kąpiele 13° przez ½—1 godziny,

[1]) Kirchhoff: Beziehungen des Dämonen- und Hexenwesens zur deutschen Irrenpflege.

[2]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 50.

[3]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 55.

[4]) Czerwiński: Compendium der Thermotherapie.

[5]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band XI.

lub kąpiele krótsze o niższej jeszcze ciepłocie. Po takich kąpielach widział Jacobi u szalonych zmniejszenie się podniecenia układu nerwowego, szczególnie w sferze ruchowej i stósował je bezwzględnie, używając nawet przemocy u chorych opornych; kąpiącym się kazał od czasu do czasu zanurzać głowę pod wodę. W tym czasie zaczyna się we Francyi zwrot ku wodzie ciepłej, a kąpiele ciepłe dłużej trwające uchodzą za najlepszy środek uspokajający.

W Anglii występuje Chapmann z teoryą naczynioruchową w leczeniu padaczki i porażenia. Opierając się na doświadczeniach Cl. Bernarda, że przecięcie, względnie porażenie splotu sympatycznego sprowadza rozszerzenie naczyń, drażnienie zaś zwęża, przykładał na grzbiet worki kauczukowe z zimną lub ciepłą wodą, chcąc w ten sposób wpłynąć na zmianę krążenia w mózgu. Zapatrywania jego nie znalazły zwolenników w Niemczech.

Z ulepszeniem i rozpowszechnieniem ciepłomierza zaczynają się systematyczne badania nad wpływem wody na rozmaite stany chorobowe; badają działanie wody o rozmaitych ciepłotach na ustrój ludzki, badają jej wpływ, regulujący ciepłotę ustroju i uznają jej działanie na przemianę materyi. Badania te, jakkolwiek odnoszą się przeważnie do chorób gorączkowych, w których woda, działając przeciwzapalnie, staje się środkiem leczniczym, nie pozostają bez wpływu na psychiatryę.

I tu spotykamy w połowie XIX wieku krytyczne prace nad działaniem wody, zwłaszcza zimnej, na cierpienia umysłowe, uważane już za cierpienia „materyalne“. W pracach tych widać z jednej strony krytykę szablanowego używania wody źródlanej, z drugiej zwrot ku wodzie ciepłej i łagodnym procedurom, które przy rozwijających się już wówczas poglądach na używanie środków przymusowych są więcej humanitarne. Pojawiają się prace nad działaniem wody w rozmaitych postaciach chorobowych, przepisują ciepłotę i czas trwania kąpieli, nakazują indywidualizowanie i przestrzegają przed następstwem zbyt heroicznych zabiegów.

Richter[6]) podaje przepisy systematycznego leczenia histeryi i hipochondryi, skraca czas trwania zimnych kąpieli, zabrania wrzucania do wody i zwraca uwagę na indywidualizowanie; silne podniecenia psychiczne leczy krótkiemi kąpielami zimnemi, lub dłuższemi kąpielami nasiadowemi; w lżejszych zaleca zlewania i nacierania; u osób wrażliwych poprzestaje na krótkich zawijaniach.

Finkelburg[7]) podaje opisy historyi chorób, bada wpływ mokrych zawijań na ciepłotę ciała i tętno i widzi lepsze wyniki po zawijaniach, niż po zimnych kąpielach, które radzi ostrożnie stósować w cierpieniach reumatycznych, chorobach serca i skłonności do wybroczyn w mózgu.

Jeszcze w II. połowie XIX wieku trwa spór o zimne kąpiele; większość jednak usuwa je w leczeniu psychoz, zwłaszcza świeżych, podnosząc zgubne skutki zimnych zabiegów u młodych osób. Obrońcy zimnych kąpieli podnoszą ich wybitny odczyn i skutek w obłędzie (manii); stany przygnębienia, które noszą zazwyczaj nazwę zadumy (melancholii), leczą zimnemi półkąpielami, zmywaniami i zimnemi zawijaniami. Dopiero badania nad działaniem wody na ustrój, przeprowadzone przez Winternitza i jego szkołę, wykazują zbyt silne oddziaływanie zimnej wody i wyjaśniają je naukowo, co przyczynia się do zupełnego niemal usunięcia tej metody w leczeniu psychoz tak, że obecnie zimne kąpiele wyjątkowo tylko niektórzy stosują, a zimna woda wogóle używaną bywa tylko do miejscowych zabiegów.

Jak Priessnitz uchodzi za reformatora hidroterapii empirycznej, tak Winternitz jest naukowym jej przedstawicielem. On głównie zajął się badaniem wody, jako czynnika leczniczego i określił jej działanie na nerwy, krążenie i przemianę materyi; rozszerzając i wydoskonalając używane dotąd metody, dał im naukową podstawę i przystósował do potrzeb klinicznych. Technika Winternitza jest dotąd w Niemczech panującą. (C. d. n.)

[6]) Richter: Wasserbuch.

[7]) Finkelburg: Erfahrungen über Kaltbadekuren bei Seelengestörten.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia niektórych stanów septycznych.

Napisał

F. Majewski,

asystent kliniki.

(Podług wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 roku).

(Ciąg dalszy).

Oprócz wpływu na ciepłotę mogliśmy spostrzegać również dobroczynny wpływ na tętno i objawy podmiotowe, jak zmniejszenie się bolów, lepsze samopoczucie, czasami poprawę w stanie sensorynm. Godnem jest uwagi, że nieraz tętno pozostawało prawie bez zmiany wówczas, kiedy ciepłota zdążyła już znacznie opaść; — robiło to wrażenie, jakgdyby obydwa te objawy zależały od różnych czynników i jakby surowica działała przedewszystkiem na ciepłotę, a mniej na tętno.

Powikłania, towarzyszące bardzo często wprowadzeniu do ustroju ludzkiego surowicy zwierzęcej, występowały często. Nigdy jednak w podobnych przypadkach nie spostrzegałem objawów, któreby istotnie zasługiwały na nazwę powikłań poważnych i obudziły podejrzenia o szkodliwym wpływie surowicy. Wstrzyknięciu surowicy towarzyszyły często bole i lekkie obrzęki stawów i kości, wysypka w formie pokrzywki, występującej zwykle jednocześnie z nieznacznem podniesieniem ciepłoty, swędzenie i łuszczenie się skóry, bole miejscowe w okolicy dokonanego wstrzyknięcia; raz pokazało się białko w moczu, które po paru dniach ustąpiło. Z zachowania się krwi należy podnieść leukocytozę; w badanych przypadkach zjawiła się ona mniej więcej w 8—10 godzin po wstrzyknięciu surowicy, trwała krótko i była niewielka.

Bole miejscowe występowały często i sprawiały znaczne dolegliwości. W praktyce dziecięcej spostrzegano je już i dawniej i niektórzy klinicyści (Bagiński) są tego zdania, że bole te zawsze bywają większe przy stosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, niż innej, n. p. przeciwbłoniczej. Możliwą jest rzeczą, że niejakie znaczenie w danym

przypadku ma ta okoliczność, że posiadając wysokowartościową surowicę przeciwbłoniczą, jesteśmy w stanie wstrzykiwać ją w stosunkowo małej ilości i tem powodować nadwerężenie tkanek mniejsze, niż to, jakie zachodzi przy zastosowywaniu zwykle dużych ilości surowicy przeciwpaciorkowcowej, znacznie mniej wartościowej. Objawy te zdarzyły się w 4 przypadkach i występowały między 6 a 10 dniem po wstrzyknięciu surowicy. Odliczając więc od ogólnej liczby chorych, leczonych surowicą, 4 przypadki, które zakończyły się śmiertelnie wcześniej, niż którykolwiek z wyżej wzmiankowanych objawów mógł wystąpić, — wypadnie, że na 12 przypadków zastosowania surowicy nastąpiło powikłanie w 4, t. j. 33,33%.

Opierając się na prawie swoistego działania surowic leczniczych na drobnoustroje lub sprawy chorobowe, przez nie wywoływane, mogliśmy się spodziewać, że stosowana przez nas surowica przeciwpaciorkowcowa okaże się istotnie czynną tylko w zakażeniu paciorkowcowem. Przemawiały za tem nietylko dane teoretyczne, ale i praktyka lat dawniejszych. Surowicę przeciwpaciorkowcową próbowano stosować już od dawna w niektórych stanach posoczniczych, najwięcej zaś w przypadkach róży i w gorączce popołogowej. Wnioski wyciągnięte z tych i tym podobnych spostrzeżeń przemawiały za tem, że o ile w zakażeniu czysto paciorkowcowem nieraz udawało się różnym autorom osiągać niezaprzeczalnie dodatnie wyniki, o tyle w zakażeniu mieszanem surowica przeciwpaciorkowcowa zawodziła zupełnie.

Wyniki badań, przeprowadzonych w klinice krakowskiej, przedstawiają tę kwestyę nieco odmiennie, albowiem kilkakrotnie nam się zdarzało spostrzegać wybitne działanie (n. p. przeciwgorączkowe) stosowanej przez nas surowicy nie tylko w razach zakażenia czysto paciorkowcowego, ale i w innych. Tak n. p. raz otrzymaliśmy znaczne obniżenie ciepłoty (około 0,7° C) w ciągu 4 godzin po wstrzyknięciu surowicy przeciwpaciorkowcowej w przypadku zapalenia wyrostka sutkowego (powikłanym z zapaleniem opon mózgowych), wywołanym dwoinkami Fränkla; dwa razy — w zakażeniu mieszanem, z których w jednym (zapalenie posocznicze otrzewnej) uczestniczył i lasecznik okrężnicy, w drugim zaś z ropy, znalezionej w przestworach wyrostka sutkowego, wyhodowano paciorkowca i dwoinki Fränklowskie.

Natomiast w jednym przypadku ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, powikłanym zakrzepem w przylegających zatokach mózgowych, — sprawie, wywołanej wyłącznie zakażeniem paciorkowcowem, działanie surowicy okazało się minimalne. Gorączka nie obniżyła się wcale; pozostała i w godzinach następnych po wstrzyknięciu surowicy na tym samym poziomie.

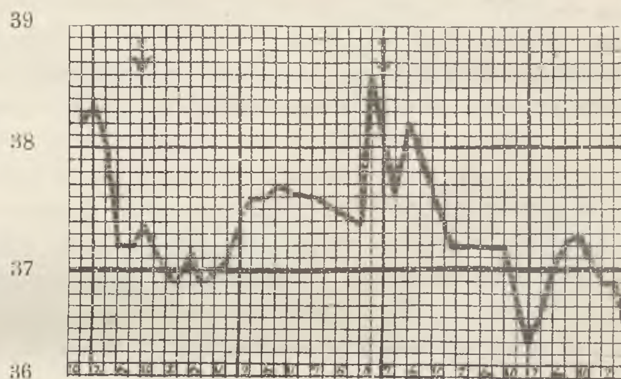
Wyniki większości naszych spostrzeżeń klinicznych zgadzały się zatem z wynikiem mojej pracy doświadczalnej. Prócz tego mogliśmy jeszcze stwierdzić, że surowica używana przez nas ujawniała działanie nietylko swoiste, ale i nieswoiste.

Sposób działania surowicy w spostrzeganych przez nas przypadkach okazał się z niektórych względów nadzwyczaj interesującym i zasługuje na dokładny rozbiór. Przedtem jednak skreślę w krótkich słowach historyę paru przypadków, w których wpływ dobroczynny surowicy wystąpił bardzo wyraźnie i przytoczę tu przeważnie takie, w których sprawa ograniczała się jedynie do paciorkowców.

Pierwszy przypadek dotyczył przepukliny pachwinowej prawej uwięzłej i obumarłej *(hernia inguinalis dextra incarcerata necrotica)*. Chory, mężczyzna, liczący lat 22; uwięznięcie przepukliny, już dawniej istniejącej, nastąpiło przed dwoma dniami. Objawy ogólnego zapalenia otrzewnej.

Przy operacyi znaleziono worek przepuklinowy i tkanki otaczające zapalnie nacieczone; wewnątrz worka mętny płyn i pętla jelita cienkiego około 12 ctm. długości, zupełnie uległa zgorzeli. W jamie brzusznej wysięk surowiczo-krwawy, powierzchnia otrzewnej nie lśniąca, matowa. W płynie wysiękowym jamy brzusznej znaleziono paciorkowce. Mieliśmy oczywiście do czynienia ze świeżo poczynającem się zapaleniem otrzewnej. Dwukrotne wstrzyknięcie surowicy: w ilości 30 sz. ctm. po operacyi i 40 sz. ctm. w 48 godzin później przecięło zupełnie wznoszenie się ciepłoty ponad poziom prawidłowy i wszelkie inne objawy poczynającego się zapalenia otrzewnej. Każdorazowe zastosowanie surowicy wywoływało w krótkim czasie bardzo widoczny wpływ na stan ciepłoty i obserwując chorego miało się to wrażenie, że głównie surowicy zawdzięczał on swój

Przypadek 1.
Hernia inguinalis incarcerata necrotica. Peritonitis streptococcica incipiens.



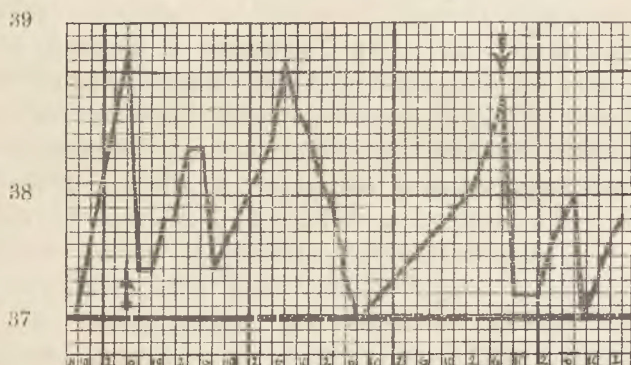
Strzałki oznaczają wstrzyknięcie surowicy.

powrót do zdrowia. Następnie mieliśmy sposobność spostrzegać przypadek ropnicy, spowodowanej uogólnieniem się sprawy chorobowej, która zaczęła się od ropnego zapalenia kolana wskutek rany urazowej, drążącej do stawu. Zakażenie paciorkowcowe; paciorkowce stwierdzono drobnowidowo i bakteryologicznie, zarówno w wydzielinie ropnej, jak i we krwi chorego. Chory miał wszelkie objawy ropnicy już po zastosowaniu odpowiednich zabiegów chirurgicznych: typ gorączki zwalniający, kilkakrotne wstrząsające dreszcze, biegunka, żółtaczkowa cera, majaczenia i zwidywania. Stan gorączkowy trwał przez 33 dni. Ciepłota dochodziła do 40° C. Chory na czwarty dzień po operacyi, kiedy ciepłota dosięgła 39,2°, otrzymał 50 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej; we dwie godziny, jak to zresztą widać z tablicy gorączkowej, ciepłota spadła do 37,4°. We dwa dni później 50 sz. ctm. surowicy wywołało po upływie 2 godz. prawie równie znaczny spadek ciepłoty. Tym razem z 38,8° spadek ciepłoty doszedł do 37,2°. Zwrócić należy tu uwagę na różnice, jakie występowały przy wieczornem obniżaniu się ciepłoty po użyciu surowicy i bez niej. Porównanie dwóch ta-

kich dni, z których w jednym surowica była użyta, a w drugim nie, wykazuje nam duże różnice, zależne, jak to widać z załączonej tablicy, od pomyślnego działania zastosowanej surowicy.

Przypadek 2.

Ropnica wskutek ropnego zapalenia stawu kolanowego.



Strzałki oznaczają wstrzyknięcie surowicy.

W trzecim przypadku mieliśmy do czynienia z posocznicżem zapaleniem otrzewnej ze wszystkimi typowymi objawami. Przypadek ten odpowiadał dokładnie niektórym warunkom moich doświadczeń w pracowni, pozwalającym się spodziewać *optimum* wyników. Pierwsze wstrzyknięcie surowicy zrobiłem do jamy brzusznej jednocześnie z wniknięciem zarazka. Było to więc wstrzyknięcie ochronne. W pracy mojej, kilkakrotnie już wyżej wspomnianej, zaznaczyłem, że przy stosowaniu surowicy w celach leczniczych w przypadkach zapalenia otrzewnej otrzymałem lepsze wyniki, zastosowując je podskórnie. Nadmieniam tu jednocześnie, że wyniki przy zastosowaniu ochronnem okazały się daleko lepszymi w razach użycia surowicy do jamy otrzewnowej, zwłaszcza w razach jednoczesnego jej wprowadzenia z zakażeniem.

W krótkich słowach historya choroby i stanu pooperacyjnego tylko co wspomnianego przypadku chorobowego, przedstawia się następująco: Chora lat 36; rok przedtem operowana była w tej samej klinice z powodu *hernia inguinalis dextra incarceta necrotica*. Po operacyi pozostała sztuczna rzyć, przez którą masa kalu ciągle odchodziła. Mniej powikłane zabiegi, jak zakładanie kleszczy Dupuytrena i zeszywanie przetoki, nie dały pożądanego wyniku.

Na żądanie chorej przystąpiono do operacyi zamknięcia przetoki zapomocą laparotomii, zdając sobie sprawę z całego niebezpieczeństwa, jakie groziło ze względu na łatwość zakażenia ze strony nie dającej się dokładnie oczyścić skóry. Założono połączenie między pętlami jelita doprowadzającego i odprowadzającego powyżej rzyci sztucznej (*anus praeternaturalis*), części zaś, przylegające do sztucznej rzyci wraz z założoną przed rokiem enteroanastomozą resekowano a odcinki zaszyto. Następnie jednak przy zbadaniu stanu i położenia reszty jelit okazało się, że jedna z odprowadzających pętli jelita cienkiego była zrośnięta z pętlą esowatą w miejscu, gdzie ta ostatnia przechodzi w prostnicę. Wskutek tego utworzyły się szerokie wrota, przez które cały zrąb jelit również odprowadzających cienkich przeszedł na lewą stronę, zrósł się z wrotami i uciskał zstępującą część kiszki grubej i część esowatej; tu wytworzyły się również zrosty. Miałaby więc chora po usunięciu rzyci sztucznej zupełne zamknięcie wewnętrzne światła jelita w razie nieusunięcia tych zawikłań. Udało się je usunąć tylko kosztem długotrwałego powikłanego zabiegu, przyczem trzeba było zrobić bardzo duże cięcie w powłokach brzusznych, porozcinać dużo zrostów i wyłożyć jelito na zewnątrz; jelita stykały się niejednokrotnie z miejscami zakażonemi. Należało napewno oczekiwać zakażenia.

Jeszcze na stole operacyjnym przed zeszyciem powłok brzusznych do wnętrza jamy otrzewnowej wlano 10 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej i w parę minut po operacyi 40 sz. ctm. tejże surowicy wstrzyknięto podskórnie.

Operacya zakończona została o godzinie 3. Wieczorem tego dnia chora czuje się znacznie osłabioną, pozatem żadnych groźnych objawów niema.

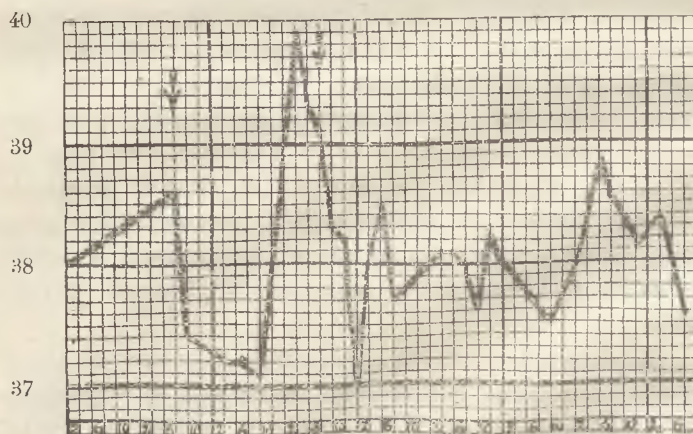
Na drugi dzień: rano $+36,6^0$, tętno 120; wieczorem $+37,6^0$, tętno 140.

Chora czuje się bardzo osłabioną; duża bolesność brzucha całego przy najlżejszem dotknięciu; silna czkawka, kilkakrotne wymioty, bębnica, wiatry nie odchodzą zupełnie; twarz szaro zabarwiona: — posocznicze zapalenie otrzewnej. Tegoż dnia wieczorem o 11-tej wstrzyknięto 30 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej — ciepłota opada o $0,6^0$, pogorszenie tętna nie następuje.

W dwóch dniach następnych jeszcze dwa razy wstrzyknięto po 40 sz. ctm. surowicy, przytem ciepłota w pierwszym dniu spadła po 2 godzinach od chwili wstrzyknięcia o cały stopień niżej, w następnym zaś w ciągu 8 godzin po zastosowaniu 40 sz. ctm. surowicy z $39,9^0$ do $37,9^0$, tętno 115.

Przypadek 3.

Peritonitis acuta septica.



Strzałki oznaczają wstrzyknięcie surowicy.

Dobroczynny wpływ surowicy dał się jeszcze i w tem zauważyć, że wkrótce po trzeciem jej wstrzyknięciu odeszły po lawatywie wiatry (poprzednie lawatywy pozostawały bez skutku), a na 6 dzień obfity stolec. Już na trzeci dzień chora czuła się podmiotowo daleko lepiej, na 5-ty zaś dzień stan jej tak dalece się poprawił, że bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia chorej — zapalenie otrzewnej — można było uważać za usunięte. (C. d. n.)

* * *

III. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał
Dr. W. Chlumský,
Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

B) O mięsieniu przy skrzywieniach kości kończyn.

Skrzywienia kości kończyn górnych bywają rzadko przedmiotem zabiegów leczniczych. Przedewszystkiem skrzywienia te nie występują zbyt często, a jeżeli mają miejsce, to rzadko dochodzą do tego stopnia, aby wymagały leczenia. Sami mieliśmy w leczeniu tylko sześć podobnych skrzywień i to wrodzonych, przy których obok zniekształcenia kości znaleźliśmy także i brak niektórych kostek ręki. W przypadkach tych stosowaliśmy obok mięsienia odpowiednie opatrunki i przyrządy. Mięsienie w tych przypadkach nie różniło się niczem od zwykłego mięsienia, które wykonywamy w chorobach kończyn górnych. Choroby kości nabyte były częstszym powodem skrzywień kości kończyn górnych, nigdy jednak nie wymagały specyalnych zabiegów leczniczych.

O wiele częściej wydarzają się skrzywienia i zniekształtnienia kości kończyn dolnych — jakozniekształtnienia wrodzone i to jako stopa końska, oraz zniekształtnienia, do niej zbliżone (stopa kopytoszpotawa, stopa szpotawa), a następnie jako stopa płaska. Często też wydarzają się skrzywienia nabyte, jako: kolana koślawe, kolana szpotawe, biodro szpotawe i owe przeróżne skrzywienia, występujące w krzywicy. Wszystkie prawie te skrzywienia należy naprzód wyrównać i choćby w przybliżeniu doprowadzić do stanu prawidłowego. Wyrównanie takie wykonywamy powoli zapomocą odpowiednich opatrunków i przyrządów, albo nagle, krwawym lub bezkrwawym rękoczynem. Wyrównaniem takiem dochodzimy jednak do wyników tylko połowiczych, kończyny w tych przypadkach mają mięśnie wiotkie, a nawet niekiedy bywają porażone. Dopóki słabe mięśnie nie zostaną wzmocnione i zadania swego nie mogą sprawnie wykonywać, dopóty i wyrównanie krzywych kości nie może być zupełne. I tu znowu na pierwsze miejsce występuje mięsienie i gimnastyczne ćwiczenia.

Pożądanem jest, aby masowaną była nietylko część zmieniona kończyny, lecz cała kończyna.

Skrzywienia stopy, n. p. stopa końska i t. p.; pociągają za sobą zanik i zwiotczenie mięśni nietylko na stopie, lecz przedewszystkiem mięśni łydki, a nawet mięśni uda i pośladka; mięśnie te są słabsze i niesymetrycznie rozwinięte. Ćwiczenia gimnastyczne i na przyrządach stosujemy w tym celu, ażeby wzmocnić poszczególne grupy osłabionych mięśni. Mięsienie wykonywamy codziennie, a nawet o ile możności dwa razy na dzień, każdorazowo od ośmiu do piętnastu minut. Rozpoczynamy je jak najwcześniej, a więc nawet u noworodków; wogóle tem lepsze będą wyniki, im wcześniej rozpoczniemy leczenie. Na nieszczęście zawsze jeszcze ogólnem jest mniemanie, że z leczeniem skrzywień kości u noworodków czekać należy kilka miesięcy, aż dziecko „sił nabierze.“ Zdanie to nie ma żadnej zgoła słuszności.

W przeciągu tych kilku miesięcy kości stwardnieją, a zniekształtnienie staje się tem większe. Także i mięśnie się skracają, a rozwój ich zostaje powstrzymany. Gdy zaś rozpoczynamy leczenie zaraz po urodzeniu dziecka, nie napotykamy tych trudności i dlatego zwykłymi i prostymi środkami możemy do pożądanych dojść wyników i uniknąć poważniejszych następowych zabiegów operacyjnych, które w wieku późniejszym są nieraz nieuniknione.

To samo odnosi się też do zniekształtnień kości w krzywicy. Wiadomo, że skrzywienie kości w tej chorobie może, lecz nie musi wyrównać się samo. W oczekiwaniu wyleczenia samoistnego często się wydarza, że skrzywienie powiększy się — zwolna lub nagle, — a wtedy nie pozostaje nic innego, jak wykonać zabieg operacyjny. Gdy zaś zawczasu pomyślimy o leczeniu, to już zwykłe mięsienie wyrównać może wszelkie skrzywienia tak kości podudzia, jak i uda, a nawet zupełnie je usunąć. Mieliśmy w leczeniu cały szereg podobnych przypadków u dzieci w wieku od roku do pięciu lat o skrzywieniach kości często wysokiego stopnia, które powiodło się nam usunąć bez operacyi, a tylko zapomocą odpowiednich przyrządów i pilnego mięsienia. Zwykle wykonawcami leczenia byli w domu sami rodzice dziecka, którym wskazywaliśmy tylko sposób, w jaki należy postępować.

Podobnie postępujemy także w owem, tak częstem, skrzywieniu kończyn dolnych, które nosi nazwę kolan koślawych (*genua valga*, u Niemców „Backerbeine“, „X-Beine“). U dzieci poniżej lat 12 powiodło mi się we wszystkich przypadkach wyleczyć tę sprawę bez operacyi, jedynie zapomocą mięsienia i kilku, osobno w tym celu zbudowanych przyrządów. Nie operowałem ani krwawo, ani bezkrwawo i nie używałem wcale opatrunków gipsowych. U starszych osiągano w ten sposób przynajmniej znaczne polepszenie, które w większości przypadków zupełnie wystarczało.

Z dobrym stosunkowo wynikiem spotyka się leczenie w biodrze szpotawem (*coxa vara*). W jednym przypadku u dziewczynki dwunastoletniej wystąpiło tak znaczne skrzywienie obu szyjek kości udowych, że dziecko tylko z trudnością mogło chodzić. W przeciągu sześciu tygodni, przez który to czas wykonywaliśmy mięsienie obu kończyn i ręką staraliśmy się wyrównywać skrzywienia, nastąpiło tak znaczne polepszenie, że dziewczyna mogła nietylko wznosić się po schodach aż na trzecie piętro, lecz nawet ślizgała się bez żadnego trudu, nie uzyskawszy na to naturalnie naszego zezwolenia. Stosując mięsienie, mieliśmy głównie na celu wzmocnienie pośladków i mięśni odwodzących uda, przyczem jednak nie zaniedbywaliśmy mięsienia mięśni całej kończyny. Dalsze leczenie pozostawiliśmy rodzicom.

Jak powiedzieliśmy wyżej, dobre wyniki zależą od wczesnego rozpoczęcia leczenia, — zwłaszcza u dzieci. Lecz i u dorosłych możemy ćwiczeniami gimnastycznemi i mięsieniem uzyskać pokaźne wyniki. I tu zwracamy uwagę na przypadki t. zw. stopy płaskiej u ludzi u dorosłych, gdzie mięsieniem stopy i łydki udało się nam zmniejszyć trudności w chodzeniu, a nawet w niektórych lżejszych przypadkach cierpienie usunąć zupełnie. W przypadkach zaś ciężkich stosowaliśmy należycie i celowo zrobione obuwie, a w kilku byliśmy zmuszeni zwrócić się do zabiegu operacyjnego. We wszystkich tych przypadkach mięsiliśmy kończyny, przez co powiodło się nam przynajmniej skrócić czas zdrowienia, a choremu przyspieszyć powrót do codziennych zajęć.

Wspomnieć tu muszę o używanym tak często opatrunku gipsowym stopy płaskiej i ostrzedz przed nim jak najusilniej. Wskutek bowiem unieruchomienia przeważnej części stawów kończyny dolnej niezmiernie wtedy słabnie i tak już upośledzona siła mięśni, a stan chorych po przelotnem polepszeniu jeszcze więcej się pogarsza.

C) Mięsienia po urazach kości.

Po lżejszych urazach kości (*contusio*) przystępujemy do mięsienia — o ile możności w samym dniu urazu. Wyjątek stanowią cięższe urazy powikłane, czyli połączone z otwartemi ranami. Tu należy założyć przedewszystkiem odpowiedni opatrunek i poczekać, aż się rana zgoi, albo przynajmniej w tym znajdzie się stanie, że mięsienie nie przyniesie jej szkody i nie sprowadzi zakażenia. W pierwszych dniach po urazie mięsimy uszkodzone miejsce tylko zlekka, natomiast miejsce, znajdujące się wyżej urazu, o wiele silniej (mięsienie przygotowawcze Reibmeyera). W ten sposób wysysamy niejako wypocinę, lub krew wynaczynioną z miejsca urazu. Zwykle już pierwsze mięsienie uśmierza bole w miejscu urazu i wstrzymuje powiększanie się obrzęku.

Jeżeli zranienie jest małe, to stosujemy leczenie tylko mięsieniem. W cięższych przypadkach używamy odpowiednich opatrunków. Układamy całą kończynę wysoko, albo staramy się przynajmniej utrzymać miejsce zranione w jak największym spokoju. Przy takiem postępowaniu stosunkowo szybko przychodzi do wyleczenia.

Urazy cięższe, połączone z pęknięciem lub zupełnem złamaniem kości, leczymy podobnie, lecz tylko w takim razie, jeżeli odłamki kości nie wysuwają się z prawidłowego położenia kości. Zwykle zakładamy wtedy opatrunek, którego celem jest utrzymanie odłamków w prawidłowem do siebie położeniu. Opatrunek ten zmieniamy codziennie lub co drugi dzień, a już od początku mięsimy części około urazu, jak i samo miejsce urazu, lecz lekko. Przytem wykonywamy w ciągu mięsienia lub po niem ostrożne ruchy w stawach, między którymi, lub przy których uraz nastąpił. Tym sposobem staramy się zapobiedz z jednej strony zwątleniu mięśni, z drugiej powstaniu przykurczenia i zesztywnienia w stawach sąsiednich. Wspomniane ruchy wykonywamy z początku sami (ruchy bierne), później polecamy je wykonywać dowolnie (ruchy czynne), dalej stawiamy opór tym ruchom (ruchy oporne). Mięsienie i ruchy w stawach stosujemy od początku aż do zupełnego zgojenia urazu. W ten sposób przyspieszamy wyleczenie o jedną trzecią, a nawet o połowę czasu, któregoby wymagało ono bez zastosowania mięsienia.

Niektórzy autorowie leczyli na próbę chorych z urazem współczesnym na obu kończynach dolnych lub górnych tak, że na jednej kończynie zmieniali opatrunki, mięsili i wykonywali ruchy w stawach bierne i czynne; na drugą zaś kończynę zakładali opatrunek rzadko zmieniany, nie stosując mięsienia, jak to zresztą do niedawna ogólnem było wśród lekarzy. Wynik postępowania tego był ten, że kończyna, którą leczono mięsieniem, wróciła prędko do stanu prawidłowego; mięśnie uległy wprawdzie zanikowi, lecz małego stopnia, a stawy sąsiednie zachowały zupełną ruchomość. Kończyna zaś, której nie masowano, była stężała, a mięśnie jej częściowo zanikły i wszelkie ruchy sprawiały ból, a poruszalność stawów sąsiednich była znacznie upośledzoną tak, że trzeba było kilku tygodni gorliwego mięsienia, zanim kończyna wróciła do stanu prawidłowego. W przypadkach cięższych, gdzie odłamków kości jest więcej, zmiażdżenie silniejsze, a odłamki i złamane części nie mogą się utrzymać w prawidłowem przystosowaniu do siebie, zakładamy naprzód opatrunek, który daje się łatwo zdjąć i założyć na nowo. Przytem należy pamiętać o tem, że zbyt dokładne składanie odłamków i ustalanie ich w prawidłowem przystosowaniu się niema w pierwszych dniach zbyt wielkiego znaczenia. Wystarczy, jeżeli w przypadkach takich złożymy odłamki kości, choćby mniej dokładnie, wiadomo bowiem, że bezpośrednio po urazie przychodzi do wynaczynienia i znacznego obrzęku, co bardzo utrudnia dokładne złożenie odłamków. Dlatego też należy usunąć najpierw obrzęk i wynaczynienie, lub przynajmniej znacznie je pomniejszyć, czemu właśnie dzielnie dopomaga mięsienie. W pierwszych dniach mięsimy chorą kończynę w opatrunku otwartym, czyli bez zdjęcia go. Tymczasem wytwarza się kostnina, która w pierwszych dziesięciu dniach jest tak miękką, że da się giąć i dlatego też ułożenie kości względem siebie da się jeszcze poprawić. Począwszy dopiero od dnia dziesiątego, według innych zaś autorów później, zaczyna kostnina twardnieć. I tu już należy dbać pilnie o to, ażeby końce złamania znachodziły się w położeniu prawidłowem. Niektórzy lekarze nie stosują mięsienia w okresie, w którym kostnina twardnieje, lecz tylko starają się odłamki utrzymać w prawidłowem ułożeniu. Według naszego doświadczenia należy kończynę masować i opatrunek często zmieniać, ażeby mieć możność nieomylnego przekonania się o położeniu i o przypuszczalnej potrzebie jego zmiany. Opatrunki, zakładane w tych przypadkach, wymagają szczególnej zręczności, a zmiana ich wiele czasu i cierpliwości, lecz wszystko to zostaje hojnie wynagrodzonem przez pomyślne wyniki leczenia. Należyte ruchy i zupełna zdolność do czynności powracają nawet wtedy, gdy nie udało się nam wywołać anatomicznie idealnego zrostu części złamanych. Spotykaliśmy nieraz chorych, u których z nadzwyczajną starannością osiągnięto zrost kości zupełnie dobry, lecz mimo tego pozostała nieruchomość w stawie, lub trwały niedowład mięśni. Natomiast w naszych przypadkach uzyskiwaliśmy zawsze zupełną zdolność do czynności.

Leczenie, przez nas zalecane, przypomina pod niektórymi względami owe cudowne leczenia, wykonywane przez owczarzy i znachorów, którzy do dziś dnia jeszcze opatrują złamaną kość w łeszczoty z kory lub z drzewa i wcieraniem w okolicę złamania „cudownie działających“ maści, co w istocie niczem innem nie jest, jak właśnie mięsieniem, zapomocą którego osiągają oni lepsze wyniki, niż wielu lekarzy, którzy z reguły prawie unieruchomiają złamaną kość, resztę pozostawiając cierpliwie „działaniu przyrody“. Obawiano się, że wskutek częstych opatrunków i mięsienia może łatwo opóźnić się kostnina; jednakże rzecz ta ma się właśnie wprost przeciwnie.

Mięsienie jest także jednym ze środków przeciwdziałających powstaniu t. zw. stawów rzekomych (pseudarthrosis) między dwiema złamanemi kośćmi, zwolna się zrastającemi. Mięsieniem sprowadzamy lepsze odżywienie kości, a przez to przyspieszamy twardnienie kostniny. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

H. Magnus: **Der Wert der Geschichte für die moderne induktive Naturbetrachtung und Medicin** (Wrocław 1904. T. U. Kern).

Pracownik, który z zakresu historyi medycyny tak dużo i tej miary rzeczy ogłosił, co Magnus, ma prawo do zastanowienia się nad wartością i znaczeniem historyi dla nauk przyrodniczych wogóle, a medycyny w szczególności. Na ogólnem i miejscowem znieczuleniu, na leczeniu zaćmy, na nadmiernej otyłości i wielu innych przykładach udowadnia M., iłeby nauka nasza, a w pierwszym rzędzie cierpiąca ludzkość zyskała, gdyby lekarze należyte mieli zrozumienie dla historyi swojej nauki. Wykazując zaś na wielu jaskrawych przykładach słuszność swoich twierdzeń, zadaje sobie ostatecznie pytanie, jak należy uczyć i wykładać historyę medycyny? Trzymając się zaś zasady, że przy nauczaniu historyi medycyny nie należy się starać tak dalece o gromadzenie jak największego materyału, ile raczej o uwydatnienie ducha, z nich przemawiającego, — prawideł, podług których się odbywał rozwój nauk lekarskich, oraz poznanie ich stosunku do ducha czasu w rozmaitych wiekach, dochodzi M. do przekonania, że historyi medycyny należy się wobec jej wielkiego zadania, które ma do spełnienia, równorzędne stanowisko z innemi dyscyplinami lekarskiemi.

Dr. Lachs.

R. I. Schaefer: **Wilhelm Fabricius von Hilden. Studie aus der Geschichte der Chirurgie** (Wrocław 1904. T. U. Kern).

Wilhelm Fabry, słynny chirurg z drugiej połowy XVI i pierwszej połowy XVII stulecia, nie mógłby się użalać, że potomni o nim zapominają. Do stosunkowo bogatego piśmiennictwa, zajmującego się jego osobą, przybyła nowa praca. Dużo nowych szczegółów z jego życia trudno już było zebrać; to też podjął się S. przeprowadzenia wdzięcznego zadania, a mianowicie zapoznania czytelnika z treścią dzieł Fabriciusa. Z tych wynika, że uprawiał on wszelkie gałęzie wiedzy lekarskiej, lecz w żadnej nie doszedł do tej doskonałości, jak w chirurgii. Jego rozdział o operacyach kamienia pęcherza zasługuje jeszcze dziś na bliższe poznanie się

z nim. Największą zaś zasługę zdobył sobie w nauce o amputacyi kończyn w chirurgii wojennej. Wyczerpawszy część naukową, poświęca S. osobny rozdział Fabriciusowi, jako człowiekowi, podnosząc ogromne zalety jego ducha. Testament F. i wykaz jego korespondencyi naukowej, przechowywanej w bibliotece miejskiej w Bernie, zamykają pracę, którą chirurdzy z zajęciem czytać będą.

Fotografia F. podług obrazu, przechowywanego w Bernie, drzeworyt i podobizna jego pisma upiększają w znacznym stopniu i tak już piękną książkę. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Doc. Braun. **Doświadczalna podstawa dla leczenia naparstnicą i kofeiną.** (*Wiener allgem. med. Ztg.* Nr. 48, 1904). W badaniach swych opierał się autor na doświadczeniu klinicznem, mianowicie, że równoczesne stosowanie naparstnicy i kofeiny zasługuje na osobne miejsce w leczeniu chorób sercowych. Korzystny wpływ takiego połączenia tych leków uwidocznia się szczególnie w przebiegu pewnych zmian patologicznych zastawki dwudzielnej, dalej u chorych z lekkimi objawami dusznicowymi, w niedomodze sercowej, w miażdżycy tętnic z niedomykalnością aorty. Doświadczenia Brauna polegały na tem, iż na odosobnionem, a jeszcze żyjącem sercu zwierząt ssących badał działanie naparstnicy w połaczeniu z kofeiną na serce i naczynia wieńcowe, a dla porównania badał z osobna działanie tych przetworów, t. j. działanie samej naparstnicy i działanie samej kofeiny, względnie diuretyny. Posługiwał się dyalizatem naparstnicy Golaza. Autor stwierdził, iż przez równoczesne podawanie naparstnicy z kofeiną znosimy zwężające naczynia działanie przetworów naparstnicy na tętnice wieńcowe i wpływamy korzystnie na czynność sercową. Ponieważ między krążeniem krwi w tętnicach wieńcowych, względnie odżywianiem mięśnia sercowego z jednej, a czynnością serca z drugiej strony, istnieje ścisły związek przyczynowy, z tych powodów należy polepszenie czynności serca pod wpływem naparstnicy z kofeiną odnieść do poprawy krążenia w naczyniach wieńcowych, zwłaszcza, iż wielu autorów zwróciło już uwagę, jak wielką rolę odgrywa szybkość prądu krwi w naczyniach wieńcowych na czynność sercową. Przetwory naparstnicy posiadają obok czynników, wzmacniających krążenie, także czynnik niekorzystny, mianowicie wspomniane zwężenie naczyń. Ten wpływ ujemny usuwa właśnie kofeina, a przez połączenie naparstnicy z kofeiną sprowadzamy stan serca, jakiego nie możemy uzyskać ani samą naparstnicą, ani samą kofeiną, t. j., że mimo powiększenia ciśnienia krwi przez naparstnicę naczynia wieńcowe pozostają szerokiemi, nawet mogą się jeszcze rozszerzyć; mamy więc najkorzystniejsze warunki odżywienia dla serca. Klinicznemi spostrzeżeniami potwierdza Braun zapatrywanie, uzyskane doświadczalnie i wyjaśnia sprawę występującej pod wpływem działania naparstnicy niedomogi sercowej wyłącznie ze stanowiska działania na naczynia wieńcowe serca. B. w końcu zastrzega sobie osobne doniesienie o działaniu naparstnicy w połączeniu z kofeiną na inne obszary naczyniowe ustroju. *Baschkopf.*

J. Bernhart. **Neuropatyczne usposobienie.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 46, 1904). Mimo znacznego postępu, jaki neurolodzy zrobili w ostatnich latach, etyologia chorób układu nerwowego dotychczas jest bardzo zaniedbaną: tylko co do porażenia postępującego i wiądu rdzenia wiemy, iż w większej liczbie przypadków przymiot odgrywa rolę czynnika etyologicznego, a zresztą posługujemy się ogólnikowym zwrotem „skłonność wrodzona lub dziedziczna“. Właśnie co do związku przyczynowego, zachodzącego między patologią chorób nerwowych, a kiłą, autor uważa zapatrywania odnośne Nonnego za miarodajne: autor ten rozróżnia dwa rodzaje chorób nerwowych na tle kiłowem: jedne z następowemi zmianami w komórkach nerwowych, drugie w większości przypadków bez charakterystycznego podkładu anatomicznego; do tych ostatnich, przezwanych „metasyfilitycznemi“, zalicza Nonne wiąd rdzenia, w którym nie zawsze daje się wykazać zarażenie się przymiotowe, a dlatego nieraz swoiste leczenie pozostaje bezskutecznem. Zmiany anatomiczne w rzeczywiście kiłowych zaburzeniach nie mają za podstawę działania chemicznego jadu swoistego, tylko częściej mechaniczne czynniki odgrywają rolę rozstrzygającą. Bernhart również jak Nonne przypisuje wpływ większości nabytych chorób umysłowych i nerwowych, w których dotychczas nie znamy podstawy organicznej, sprawom, ściśniającym nerwy, a względnie tkanki je otaczające; mają one miejsce tam, gdzie przemiana materyi w mózgu lub rdzeniu pacierzowym doznaje jakiejkolwiek przeszkody, wskutek czego następuje zatrucie substancyami zatrzymanemi. Zależnie od rozwoju mózgu, od wieku osobnika, od umiejscowienia jadu i jego siły rozróżnia Bernhart rozmaite stany chorobowe. Między innemi uzasadnia autor swój pogląd wynikiem obdukcyi dziecka trzyletniego, zmarłego na gruźlicę otrzewnej i miewającego za życia lekkie i ciężkie napady drgawek. Ponieważ sekcya wykazała zupełny brak owych ośrodków ruchowych, których podrażnienie wywołuje według Fritscha i Hitziga drgawki, autor odnosi je wyłącznie do substancyi usypiających, nagromadzonych w zołzowych, znacznie obrzmiałych gruczołach szyjnych. Co się tyczy podstawy patologicznej, na której powstają zaburzenia wyżej wymienione, bądź wrodzone, bądź też odziedziczone, nie mamy pod tym względem pewnych danych: autor jednak przedstawia sobie ich pochodzenie w analogiczny sposób, jak w sprawach chorobowych nabytych z tą istotną różnicą, iż podczas gdy tu działają szkodliwości na nerwy już wytworzone, tam te same ujemne czynniki wpływają li tylko na tak zwaną substancyę „autoplastyczną“, zawierającą materyał odżywczy i formacyjny dla przyszłego ustroju i naturalnie od obu rodziców pochodzącą. Zależnie od nasilenia tych wpływów ujemnych mogą się albo odrazu wytwarzać choroby układu nerwowego, albo też tworzą się tylko usposobienia neuropatyczne i te pod pewnymi niekorzystnymi warunkami przechodzą w coraz więcej wzmagające się zaburzenia. *Dr. Korm.*

Sprengel. **O znaczeniu leukocytozy, jako wskazaniu w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 57). Od czasu kiedy Curschmann polecił liczenie leukocytów w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wyszły liczne prace (około 25) o tym przedmiocie. Wszystkie stwierdzają zgodnie, że w niektórych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego powstaje silna hiperleukocytoza. Co do znaczenia tego faktu atoli przy wskazaniach operacyjnych niema zgody i niektórzy podają w wątpliwość twierdzenie Curschmanna, a najskrajniej stanął Rehn, który zupełnie go nie uznaje. Autor rozpatruje zdanie Curschmanna z innego stanowiska. Leukocytoza jest wskaźnikiem ropienia, a przy postaciach surowiczowłóknikowych brak leukocytozy. Wobec tego miałoby twierdzenie Curschmanna doniosłe znaczenie, gdybyśmy częściej w praktyce spotykali wysięki surowiczowłóknikowe, niż ropne. Tymczasem zestawienie 163 przypadków autora wykazuje, że znacznie częstszą bywa *peritonitis circumscripta purulenta* i *peritonitis libera*, aniżeli *peritonitis circumscripta serofibrinosa*. Nadto badania autora dowiodły, że leukocytoza bywa przeciętnie rzadszą w początkowych postaciach zapaleń wyrostka i że bywa najwyższą w późnych okresach *appendicitidis destructivae*, oraz, że w postaciach wczesnych wyniki badania leukocytozy są mniej stałe, aniżeli w postaciach późnych. Między zapaleniem włóknikowosurowiczem a ropnem nie znajdujemy w leukocytozie charakterystycznego wyróżnienia. Sposób ten zawodzi nas tedy właśnie w tych przypadkach, gdzie postawienie wskazania jest trudne i jakkolwiek ma on niewątpliwie znaczenie naukowe, a i w praktyce może zostać wydoskonalonym, to niemniej, zdaniem autora, nie należy na nim polegać. *Dr. Blassberg.*

J. Blum. **W sprawie serodyagnostyki duru brzusznego zapomocą „diagnostikum Fickera“.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 41). Autor poleca sposób Fickera, który zmodyfikował pod względem technicznym. Ścisnąwszy ramię dokoła, nabiera się zapomocą wyjałowionej przez zagotowanie strzykawki 1 ctm.^{3} krwi z jednej z napiętych żył przedramienia. Po usunięciu igły zamyka się otwór strzykawki zapomocą wyjałowionej waty, wosku, laku lub kapsli gumowej, a odśrubowawszy guzik od tłoczka, wstawia się strzykawkę z wyciągniętym ku dołowi tłoczkiem pionowo w podstawce, załączonej do przyrządu Fickera. Krew, ochroniona zatyczką od wyschnięcia, na chłodnem miejscu szybko krzepnie, poczem odkręca się nasadę stożkowatą od cylindra strzykawki i pipetą wprost z cylindra ostrożnie wydobywa się surowicę. Sposób ten jest dla lekarza prosty i wygodny, a dla pacyenta przyjemniejszy, bezbolesny, oraz wolny od niebezpieczeństwa. *Dr. Blassberg.*

CHIRURGIA. Dr. F. A. Suter. **O leczeniu tężca surowicą.** (*Arch. Langenbecka* T. 75, Z. 1, 1904). Z 14 przypadków tężca, leczonych w klinice genewskiej wstrzykiwaniami odpowiedniej surowicy, wyzdrowiało zaledwie dwa. W obu zaś razach choroba wystąpiła w tak łagodnej formie, że najprawdopodobniej każde inne leczenie uwieńczone byłoby równie pomyślnym wynikiem. Najmniej skutecznem okazało się wstrzykiwanie surowicy do mózgu (7 razy, zawsze z wynikiem ujemnym), które nadto nie jest obojętne, zawsze bowiem wzdłuż kanału wkłucia wykazać można było wybroczyny, a gdzieindziej obserwowano nawet ropień mózgu, stąd

się rozwijający. Dążyć przeto należy do tego, aby uprzedzać wybuch tężca przez zapobiegawcze wstrzykiwanie surowicy. Liczne i przekonywujące spostrzeżenia weterynarzy, a zwłaszcza obserwacye Nocarda stwierdzają, że tą drogą rzeczywiście wiele zrobić można. Zatem i w klinice genewskiej od pewnego czasu każdemu choremu, zgłaszającemu się ze zranieniem, przypadkowo powstałem, wstrzykują podskórnie 10 sz. ctm. surowicy przeciwtężcowej. Mimoto w jednym przypadku wybuchł przecież tężec, ale w formie bardzo łagodnej, prawie poronnej. Podobnych spostrzeżeń w piśmiennictwie jest więcej, opisujących nawet rozwój tężca śmiertelnego, mimo zapobiegawczego wstrzyknięcia surowicy. Takie obserwacye dały pochop niektórym autorom do wnioskowania, że te zapobiegawcze wstrzykiwania nie mają celu. Autor sądzi inaczej: — ceni je bardzo wysoko, — a ujemne spostrzeżenia tłómaczy tem, że wstrzyknięcie nie zostało wykonanem w okresie korzystnym (*tempus utile absolutum*), którego długość jest bardzo zmienna, zależy zaś w pierwszej linii od wirulencyi zakażających bakteryi, w drugiej od chwilowej odporności ustroju. *Herman.*

Dr. R. Burmeister. **O sączkowaniu torbieli trzustkowych przy pomocy pompy ssącej.** (*Archiv Langenbecka* t. 75, zeszyt 1, 1904). Wydzielina, sącząca się z naciętej i w ranę powłok brzusznych wszytej torbieli trzustki (u kobiety 36-letniej), posiadała tak wybitne własności trawiące, że najbliższe otoczenie przetoki zamieniła w głęboki wrzód o postrzępionych brzegach. Doszło wreszcie do tego, że na dnie rany ukazała się pętla jelita. Wówczas B. wprowadził do przetoki dren ze szkła i za pośrednictwem kolbki i manometru rtęciowego połączył go z pompką wodną Finkenera, połączoną znów ze swej strony z wodociągiem. Pompka działała stale przez dzień i noc. Wszystka wydzielina zbierała się we wspomnianej kolbce. Odtąd wrzód szybko począł się oczyszczać tak, że już po paru dniach można było założyć szew wtórorzędny. *Herman.*

Dr. S. Kofmann. **O leczeniu złamań kości udowej.** (*Zntrbl. f. Chir.* 1904, Nr. 49). W przypadkach złamań kości udowej u dzieci zakłada K. opatrunek gipsowy taki sam, jak Lorenz przy zapaleniach stawu biodrowego. Opatrunek ten zakłada zawsze w głębokiem uśpieniu, aby odłamki dokładnie dostosować i na podściółce trykotowej, podwatowawszy tylko nieco okolicę grzebienia i kolców biodrowych, guza siedzeniowego, krętarza większego i rzepki. Opatrunek zdejmuje po 5—6 tygodniach. *Herman.*

POŁOŻNICTWO i GINEKOLOGIA. Profesor Schauta. **O ile operacya doszczętna przez pochwę może znaleźć zastosowanie przy raku macicy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 19, zeszyt 4, 1904). Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że o doszczętnej operacyi przy wyjęciu macicy rakowatej przez pochwę metodą dotychczasową nie może być mowy, gdyż i dokładne usunięcie zajętych gruczołów jest tą drogą niemożliwe, a także wycięcie tkanki przymacicznej daje się uskutecznić tylko w ciasnych granicach. Z tych względów stoi droga brzuszna znacznie wyżej. Na podstawie badań anatomiczno-klinicznych stara się jednak autor wykazać, o ile operowanie tą drogą brzuszną istotnie zasługuje na nazwę operacyi doszczętnej. W I. części, anatomicznej, omawia autor na podstawie badań na trupach zachowanie się gruczołów w przebiegu raka. Jako materyał służyło 60 trupów kobiet, zmarłych po operacyi doszczętnej (11), albo wskutek samego raka (40), albo wreszcie wskutek innych chorób, przy istniejącym równocześnie raku macicy (9). S. poddał wszystkie bliższe i dalsze gruczoły chłonne dokładnemu badaniu drobnowidowemu. Badano razem 1182 gruczołów i przeglądnięto 160,000 preparatów. Celem łatwiejszego zoryentowania się co do umiejscowienia tych gruczołów podzielił je S. na 6 grup: 1) gruczoły krzyżowe, 2) gruczoły miednicze: te 2 grupy stanowią pierwszy zakres gruczołów, o ile że są one przy operacyi łatwo dostępne i są tą ostateczną granicą, do której operatorowie zwykle dochodzą w szukaniu za zajętymi gruczołami. Do II. zakresu należą: 3) gruczoły lędźwiowe, t. j. te, które leżą po obu stronach aorty od jej podziału na tętnice miednicze (*iliacae*), aż do odejścia tętnic nerkowych; 4) gruczoły brzuszne, dochodzące wzdłuż aorty aż do przepony; 5) gruczoły pachwinowe powierzchowne i 6) głębokie. Na 1182 badanych gruczołów było 271 zajętych rakiem: krzyżowe 20 razy — 43 gruczołów; miednicze 28 razy — 91 gr.; lędźwiowe 17 razy — 44 gr.; brzuszne 9 razy — 19 gr.; pachwinowe powierzchowne 13 razy — 32 gr.; a głębokie 11 razy — 42 gr. Wogóle nie znaleziono rakowatych gruczołów ani w I., ani w II. zakresie 26 razy = 43·3%, z czego 8 kobiet było operowanych, a 18 nie. Tylko w 8 przypadkach = 13·3%, z których żaden nie był operowany, znaleziono zajęte gruczoły w I. zakresie; w 5 = 8·3% (nieoperowane), były gruczoły I. zakresu wolne, a w II. zajęte; wreszcie 21 razy = 35% (2 operowane, 19 nie) były zajęte gruczoły I. i II. zakresu. Z tego widzimy, że na 60 przypadków raka macicy znaleziono gruczoły zajęte, dające się usunąć przy operacyi, w 29 = 48·3%, z których jednak tylko w 8 wolne były gruczoły II. zakresu: tylko więc te ostatnie stanowią przypadki, gdzie operacya t. zw. doszczętna mogłaby liczyć na dobre wyniki, przyjąwszy naturalnie, że usuniemy wszystkie gruczoły i drogi chłonne I. zakresu, co technicznie tylko trudno i nie zawsze daje się przeprowadzić. Pozostaje 35% przypadków = 83%, gdzie zajęte są tylko gruczoły II. zakresu, a więc 43·3%, gdzie usunięcie gruczołów I. zakresu, jak to ma miejsce przy dotychczasowem operowaniu, byłoby zupełnie bezcelowe, o ile pozostają gruczoły zajęte II. zakresu, które dla operacyi nie są dostępne; o doszczętnem więc operowaniu w przeważającej liczbie przypadków wogóle nie może być mowy. Nadto zauważono, że gruczoły duże i twarde często były tylko przerosłe, a zupełnie wolne od nacieku rakowatego, natomiast małe wybitnie zajęte; raz znaleziono przerzuty w naczyniach chłonnych, a nawet w tkance łącznej między gruczołami, zupełnie wolnymi. W końcu zauważono, że zajęcie gruczołów nie zależy ani od natężenia, ani też czasu trwania choroby, owszem — niejednokrotnie znajdowano gruczoły zajęte w I, i II. zakresie przy raku początkującym i na odwrót — zupełnie wolne przy daleko posuniętym, nie dającym się operować. Że mimoto nawroty nie tak często i szybko się wytwarzają po operacyi doszczętnej, należy to przypisać własności gruczołów, które, choć zajęte, długo pozostają małe, rzadko tylko przebijają swą osłonę i wogóle nie okazują skłonności do szybkiego rozrostu. To zauważyli wszyscy operatorowie i tłómaczą usunięciem pewnego wpływu drażniącego, wychodzącego z ogniska pierwotnego. Jest więc możliwem, że jakiś przerzut rakowy po usunięciu macicy, jako ogniska pierwotnego, a więc i owego wpływu drażniącego, przestaje rosnąć, a nawet może długo pozostać w ustroju, jako t. zw. ognisko ukryte. Dlatego nie można wprost zaprzeczyć pytania, czy operować tam, gdzie zachodzi prawdopodobieństwo pozostawienia w dalszem otoczeniu kilku nawet ognisk rakowych. Znane są wreszcie przypadki, (autor opisuje 2), gdzie zajęty gruczoł uległ zwyrodnieniu i obumarciu. Za tem przemawiałyby również i spostrzeżenia kliniczne, że miejscowe nawroty raka występują częściej, aniżeli z gruczołów. Skoro niema mowy o doszczętnem operowaniu drogą brzuszną, to nie mają powodu zarzucić drogi przez pochwę ci operatorowie, którzy zawsze chętnie nią postępowali; do tych należy autor. W II. części, klinicznej, uzasadnia on swoje stanowisko, przyczem radzi wszędzie tam, gdzie dostęp ten przez pochwę jest utrudniony lub wązki, wreszcie dla łatwiejszego zoryentowania, posługiwać się dodatkowem cięciem Schuchardta. Przy pomocy tego cięcia można z tą samą dokładnością wyszukiwać zajęte gruczoły, jak i przy postępowaniu drogą brzuszną, a zarazem wyciąć tkankę przymaciczną w szerokich granicach. Zarzut, że przy operowaniu przez pochwę łatwiej można zranić narząd moczowy (pęcherz i moczowody) jest nieuzasadniony, gdyż — jak autor wykazuje statystycznie — przy odpowiedniej technice nie zdarza się to częściej, aniżeli przy operowaniu drogą brzuszną. W końcu odsetek możności operowania i śmiertelności jest przy tej zmodyfikowanej metodzie operacyjnej przez pochwę co najmniej równorzędny, jak i przy postępowaniu drogą brzuszną. Na 204 przypadków raka macicy w ostatnich 2 latach operował autor 91 przez pochwę, z czego zmarło po operacyi 11 kobiet = 12% (Wertheim przy metodzie brzusznej 20%). Obie tkanki przymaciczne były wolne od nacieku rakowatego 32 razy, z tych zmarło 2 kobiet; z jednej strony wolna, z drugiej naciekła — 39 razy, z tych zmarło 3; z obu stron były zajęte 25 razy, z tych zmarło 6. Skaleczenia narządu moczowego zdarzyły się 7 razy = 7·6%. *Dr. E. Ehrenpreis.*

E. Bumm. **Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 44, 1904). Autor stosował z początku surowicę przeciwpaciorkowcową Marmorka, od 3 lat zaś Aronsona. Zależnie od anatomicznego szerzenia się zakażenia dzieli B. swoje przypadki, w ten sposób leczone, na rozmaite grupy. W posocznicy ogólnej, towarzyszącej zapaleniu macicy, skutek wstrzykiwań prawie zawsze był ujemny; tak samo nie miała surowica żadnego wpływu na gorączkę, ani na ogólny przebieg choroby; cztery przypadki pooperacyjnego zapalenia otrzewnej i 4 przypadki, tyczące się kobiet z rozpoznaną cystą ropnicą, zakończyły się śmiercią, mimo dużych i częstych dawek surowicy. Inaczej się sprawa przedstawia u 53 położnic z zakażeniem następowem po zapaleniu macicy, u których już od samego początku, bo w pierwszym tygodniu, stosowano surowicę przeciwpaciorkowcową. We wszystkich przypadkach stwierdzono drobnowidowo swoiste koki, jakoteż miejscowe białe naloty, wysoką gorączkę, znamienne tętno itd.: tak B., jak i jego asystenci, odnosili wrażenie, że przy każdorazowem stosowaniu surowicy przebieg sta-

wał się łagodniejszym. Ośmnaście razy nie miał autor po surowicy żadnego powikłania, 2 razy sprawa zapalna ograniczyła się do żył miednicy lub dolnych kończyn; 2 razy wytworzył się ropień przymaciczny. Jeśli po pierwszej dawce (50·0) gorączka w 12—24 godzin znowu się podnosiła do pierwotnej wysokości, B. stosował tę samą ilość po raz wtóry, a skoro i teraz gorączka niezupełnie ustępowała, wstrzykiwał po raz trzeci, a nawet i czwarty. Autor uważa za znamienny objaw działania surowicy zmianę wejrzenia i charakteru wydzieliny macicznej: z początku wydzielina surowicza staje się w odpowiednich przypadkach więcej ropną, zawiera coraz więcej leukocytów, prócz tego łatwo w niej stwierdzić można drobnowidem fagocytozę, co ma miejsce wtedy, gdy sprawa chorobowa ma dażność do umiejscowienia się. Na tem właśnie pochłanianiu paciorkowców przez leukocyty polega według B. działanie surowicy, gdyż w 4 przypadkach, mimo starannego badania krwi i wstrzykiwań, fagocytoza nie wystąpiła przez pierwszych kilka dni choroby, a jednocześnie nie ustępowała gorączka i stan ogólny był jednakowo niepomyślny; dopiero gdy w 12 godzin po ostatniem wstrzyknięciu stwierdzono fagocytozę, gorączka, a z nią i choroba cała straciły niebezpieczny charakter. Autor doradza stosować surowicę w celach zapobiegawczych po ciężkich porodach, odklejeniu się łożyska, rozłożeniu się odchodów i w gorączce przedpołogowej. *Korm.*

G. de Paoli i P. Gioelli. **Kliniczno-bakteryologiczne badania ciężkiej żółtaczki u ciężarnej.** (*Arch. für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Patogeneza tej choroby nie jest jeszcze dotąd zupełnie wytłómaczoną; nie wiemy, czy ona jest następstwem zakażenia, czy zatrucia, czy czynnik, wywołujący ją, rozwija się w samym ustroju, czy poza nim. Faktem jest, że ciężarne wogóle skłonne są do nabycia jej; niejasnym jednak pozostaje stosunek między chorobami wątroby i ciążą, a wpływem, jaki ona wywiera na usposobienie do nabycia tych chorób. Przypadek, spostrzegany przez autora, dotyczył 25-letniej wieloródki w 6 miesiącu ciąży, którą w stanie sennym, przerywanym lekkiemi drgawkami, przyniesiono do kliniki. Badanie wykazało wybitną żółtaczkę. Po kilku godzinach urodził się płód nieżywy, nie okazujący żadnych zmian, a po 10 minutach popłód. W godzinę po porodzie wystąpiły gwałtowne krwawienia maciczne, nie dające się zatamować, a po następnej godzinie chora umarła. Sekcya, oprócz drobnych wynaczynionek podsurowiczych, lekkiego stopnia zwyrodnienia tłuszczowego serca i nieco powiększonej śledziony, wykazała główne zmiany w wątrobie. Była ona znacznie zmniejszona, ciemno zabarwiona, nieco twarda. Badanie histologiczne wykazało wybitne zmiany komórek wątrobowych, przerost tkanki łącznej i wynaczynionki włosowate. Prcy badaniu drobnowidowem wątroby znaleziono nieliczne krótkie i grube drobnoustroje, zamykające w niektórych miejscach szczelnie światło naczyń włosowatych. Te same drobnoustroje znajdowały się w śledzionie. Dały się one wyhodować na rozmaitych pożywkach, a przez zastrzyknięcie ich świnkom morskim i myszom wykazano ich wysoką jadowitość. Jakkolwiek z tego jednorazowego odosobnienia wspomnianego drobnoustroju trudno mówić o jego swoistem znaczeniu, rzuca ono jednak pewne światło na teoryę tych badaczy, którzy uważają powyższą chorobę wątroby jako zakaźną, wywołującą zatrucie ustroju toksynami tych drobnoustrojów. Inni badacze znaleźli znowu inne bakterye i już dlatego zmniejsza się znaczenie tych badań. Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że ptomainy i toksyny różnych drobnoustrojów mogą istotnie wywołać zmiany we krwi i komórkach wątrobowych, szczególnie jeżeli się zważy, że już przy zwykłej żółtaczce nieżytowej stają się drobnoustroje, które zawsze można znaleźć w przewodzie pokarmowym, znacznie więcej żywotne i jadowite, aniżeli w warunkach prawidłowych. Może więc być, że w przypadkach żółtaczki ciężkiej wskutek pogorszenia przemiany materyi stwarza się podłoże, które szczególnie jest korzystne dla rozwoju własności biologicznych tych właśnie drobnoustrojów, które zwykle żyją w przewodzie pokarmowym i które, otrzymawszy teraz znaczną żywotność, wywiązują tak jadowite toksyny, że wessane następnie do ustroju, wywołują ciężkie objawy chorobowe. Autor sądzi, że i ten znaleziony drobnoustrój żyje w przewodzie pokarmowym, a otrzymawszy znaczną żywotność, dostał się do krwi obiegu, wywołał zmiany w narządach, głównie w wątrobie, i spowodował zatrucie ustroju. Badania Bossiego nad zatruciem i zakażeniem u zwierząt ciężarnych i w połogu wykazały, że w stanie tym wtargnięcie drobnoustrojów odbywa się znacznie łatwiej, aniżeli w stanie prawidłowym. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Pilcer i Eberson. **Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową.** (*Therap. Monatsh.*, 1904). U 28 położnych, przeważnie pierwiastek, stosowali autorowie surowicę Marmorka i doszli w ten sposób do następujących wniosków: 1) surowica nie jest środkiem swoistym we wszystkich przypadkach gorączki połogowej rozmaitego pochodzenia; należy go jednak uważać za lek silnie działający i zakażenie zwalczający równie, jak n. p. wcierania maści Credégo, albo też wstrzykiwania terpentyny Fochiera. 2) Surowica pobudza ustrój do wytwarzania leukocytów i już dlatego nie należy zaniechiwać jej stosowania. 3) Po wstrzyknięciu nastaje zwykle rzeźwość, ułatwiająca wykonywanie innych zabiegów leczniczych. 4) Surowicę trzeba wstrzykiwać w dość znacznych dawkach, gdyż inaczej trudno spodziewać się skutecznego działania; autorowie stosowali pierwszego dnia 40 gramów, następnego przy niezmienionej gorączce tę samą dawkę, przy obniżeniu ciepłoty połowę dawki, t. j. 20 gramów. *Korm.*

Pankow. **O zachowaniu się leukocytów w przebiegu chorób kobiecych i podczas porodu.** (*Arch. für Gyn.* tom 73, zeszyt 2, 1904). Zastanowiwszy się nad piśmiennictwem tego przedmiotu od czasu spostrzeżenia Curschmana, opisuje autor przyrząd do liczenia ciałek białych Thoma-Zeissa i wykazuje na licznych przykładach różnice ilościowe, jakie występują przy liczeniu ciałek tej samej kropli, ale w różnych kwadratach pola widzenia; dalej, przy tej samej mieszaninie, użytej do badania, ale w różnych kroplach, w różnych dniach i t. p. błędy, które należy zawsze uwzględnić przy dokładnem badaniu. Dotyczyło ono najprzód 28 kobiet, dotkniętych ropnemi i nieropnemi chorobami narządu rodnego i otrzewnej (historye choroby i przebieg badania są podane) — i wykazało: 1) że liczby leukocytów w przebiegu chorób ropnych narządu rodnego żeńskiego obracają się w dość nizkich granicach (16.000). 2) Przy wszystkich zmianach zapalnych przydatków macicy, w przebiegu których liczba leukocytów stale przekraczała 10.000 i gdzie można było wykluczyć inne przyczyny tego wzmożenia, miało się zawsze do czynienia ze zmianami ropnemi. 3) Liczby leukocytów poniżej 10.000 w okresie przewlekłym choroby nie wskazują napewne na ropienie. 4) Zachowanie się to ciałek białych, szczególnie w przebiegu chorób ginekologicznych, wskazuje znacznie pewniej na obecność ropy, aniżeli krzywa ciepłoty. 5) Liczenie leukocytów ma tak wielkie znaczenie rozpoznawcze, że podobnie jak liczenie tętna i mierzenie ciepłoty powinno być zawsze stosowane w przypadkach wątpliwych. Drugi szereg badań, który dotyczył 14 kobiet, dotkniętych rakiem części pochwowej szyi lub trzonu macicy, wykazał, że 1) w przeważającej liczbie tych przypadków nie przychodzi do hiperleukocytozy; 2) że zachowanie się ciałek białych jest zupełnie niezależne od rozszerzania się raka; 3) że liczenie leukocytów nie daje nam żadnej miary do ocenienia rozmiarów i rokowania w każdym przypadku raka. Dalsze badania wykazały, że i mięśniaki macicy same przez się nie wywołują hiperleukocytozy, chyba że wśród samego guza przychodzi do rozkładu lub ropienia, albo po dłużej trwających krwotokach. Nadto zauważono wzmożenie się liczby leukocytów po ciężkich operacyach, a jako przyczynę tego objawu podaje autor ropienie, dostanie się drobnoustrojów do rany, a przedewszystkiem obumarcie komórek, zdarzające się przy każdej ranie i następowe wessanie wytworów rozkładu, które działają chemotaktycznie; inne przyczyny, jak obawa i stan rozdrażnienia przed operacyą, utraty krwi podczas niej i uśpienie chloroformowe nie potwierdziły się w przypadkach badanych. W końcu badał autor zachowanie się leukocytów w ciąży, porodzie i połogu i zauważył, że wzmożenie się ciałek białych w przebiegu ciąży prawidłowej wcale nie jest objawem stałym, lecz występuje tylko czasem i to głównie w ostatnich miesiącach. Podczas porodu wzmaga się liczba leukocytów stopniowo, ale dość znacznie, zależnie od częstości i siły bólów i czasu trwania porodu. Zwykle w pierwszych 12 godzinach po porodzie następuje gwałtowny spadek liczby ciałek białych, które w trzecim dniu połogu wracają do stanu prawidłowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

BAKTERYOLOGIA. Romme. **Nowa metoda przyrządzania surowic.** (*La Presse médicale* Nr. 105, 1904). Wychodząc z założenia, że leczenie surowicze jest na porządku badań obecnych czasów, poświęca autor swe uwagi wynalazkowi Loefflera, polegającemu na nowym sposobie wytwarzania czynnej surowicy, zarówno precypitującej, jak antytoksycznej i bakteryobójczej. Podstawą pomysłu Loefflera jest stwierdzenie, że wszelka substancya zakaźna lub jadowita, będąc wysuszoną, następnie ogrzaną do 120—150° i ostatecznie utartą na proszek, jeżeli zostanie wstrzykniętą zwierzęciu, staje się zdolną do wytworzenia surowicy czynnej i swoistej. Loeffler zadał sobie pytanie, czy w miejsce uodporniania zwierząt zapomocą bakteryi, lub ich toksyn, nie byłoby możebnem dojść do tych samych wyników, a może i lepszych, posługując się drobnoustrojami wysuszonymi, ogrzanymi do 150° i sproszkowanymi. Doświadczenie jego z białkiem kurzem czyni tę hipotezę prawdopodobną. Loeffler stwierdził, że wstrzykując zwierzętom zawiesinę białka kurzego, które poprzednio zostało wysuszone, ogrzane

i sproszkowane, otrzymuje się surowicę swoistą, która precypituje roztwory białka. Spostrzeżenie to nasunęło mu myśl zużytkowania tego samego postępowania (wysuszenia, ogrzania do 150° i sproszkowania) do uodporniania zwierząt przeciw prątkom chorobotwórczym: durowemu, okrężnicowemu, gruźliczemu itd. We wszystkich tych przypadkach zwierzęta dostarczyły surowicy swoistej, aglutynującej drobnoustroje, których wysuszone i sproszkowane hodowle służyły do zaszczepienia ich. Surowica takiego zwierzęcia, uodpornionego mętwikiem cholery, wywiera na niego samego wybitne działanie bakteryobójcze i bakteryolityczne. Podobne surowice czynne były już sporządzane z całych narządów zwierząt, które specyficznie zakażono.

Badania te naprowadziły Loefflera na myśl wytworzenia surowicy przeciwrakowej. W tym celu guz tego nowotworu, wysuszony, ogrzany do 150°, wreszcie sproszkowany, w odstępach regularnych zastrzykiwał osłu. Po pewnej liczbie tych wstrzyknięć surowica w ten sposób uodpornionego osła nabywała własności precypitowania w zawiesinach proszku z raka wysuszonego. Loeffler przystąpił do leczenia osoby chorej na raka sutka, nie nadającego się do operacyi; działanie tych wstrzykiwań było osobliwe: po każdem wstrzyknięciu w okolicę nowotworu występował odczyn miejscowy i ogólny: ból dręczący chorą ucichał na dni kilka, a stan ogólny wybitnie się poprawiał. Gdy jednak nowotwór bujał dalej, zaprzestano wstrzykiwań. Romme przytacza ten przypadek tem chętniej, że Miecznikow w liście do „Gazette des hôpitaux“ utrzymuje ponownie, że surowica Doyena sprowadza „polepszenie“ i być może, sądzi Romme, że na podstawie przytoczonej historyi choroby tyleż można powiedzieć i o „surowicy Loefflera“; a słusznie też już nieraz pisano o wielu lekach i metodach leczniczych raka, że wywołują one przemijające „polepszenie“. Rzecz oczywista, że w pracy Loefflera uwaga o surowicy przeciwrakowej jest tylko luźnym dodatkiem, a istotna wartość doświadczeń jego polega na nowej metodzie, która pozwala przechowywać do końca, manipulować bez obawy, a może nawet i dozować substancye zakaźne najrozmaitszej przyrody i pochodzenia, któremi podręcznie posługiwać się będą mogły pracownie, przyrządzające surowice rozpoznawcze i lecznicze. *A. K.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Ant. Blumenfeld. **Przyczynek do zapalenia żył z zakrzepem w wczesnym okresie kiły.** (*Dermatol. Centralblatt*, styczeń, 1904). Autor opisuje spostrzeżenie, uczynione w klinice wrocławskiej Neissera, dotyczące mężczyzny, u którego w 6 miesięcy po zarażeniu się kiłą wystąpiło na prawem przedudziu zakrzepowe zapalenie żył na tle kiły w zakresie żyły podskórnej goleniowej (*vena saphena magna*). Znamienne objawy tego zapalenia są: 1) zajęcie tylko powierzchownych żył kończyn górnych i dolnych; 2) początek i przebieg bezgorączkowy; 3) przebieg choroby dobrotliwy; 4) korzystny wpływ rtęci na chorobę. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 grudnia 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. Rydygier.

Obecnych: 42.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Prof. E. Machek przedstawia chorą z *hemianopsia lateralis sinistra*, skombinowaną z połowiczą martwotą źrenicy (Wernicke). Prelegent uwzględniwszy wywiady, przebieg choroby i stan obecny, wnosi, że przyczyną cierpienia w tym przypadku jest wylew krwawy do mózgu, umiejscowiony pomiędzy skrzyżowaniem, a miejscem, z którego odchodzi pasmo włókien źrenicznych do ośrodka nerwu okoruchowego.

W *dyskusyi* przemawiają koledzy Prof. Beck i Dr. Meyer.

III. Kol. Dr. S. Ruff demonstruje dziecko z wrodzonem zwichnięciem kolana, przedstawionem już na jednem z poprzednich posiedzeń. Przed $3^1/_2$ tygodniami po otworzeniu stawu znalazł oba więzadła krzyżowe wydłużone i pofałdowane; założył szew z drutu srebrnego, chwytając nim obie powierzchnie stawowe. Nawrót zwichnięcia nie nastąpił. Utrzymuje się jeszcze zanik mięśni.

IV. Kol. Prof. G. Ziembicki przedstawia:

a) Chorego, u którego w czasie strumektomii stwierdził podane Wölflera o nadzwyczajnej kruchości ścian tętnicy tarczykowej dolnej.

W *dyskusyi* kol. Prof. L. Rydygier przypomina, że na kruchość owej tętnicy uskarżał się także Billroth. Sam tego objawu dotychczas nie stwierdził.

b) Chorego, u którego po nakłuciu kapillarnem (11 igłami) rozdętego jelita i lawatywie, zastosowanej w parę godzin potem, objawy ostrej niedrożności jelit ustąpiły.

Po tej demonstracyi nastąpiła żywa *dyskusya*, w której koledzy: Prof. A. Gluziński, Prof. Kadyi, Doc. P. Kučera i Prof. Rydygier oświadczają się przeciw nakłuciu kapillarnemu, podnosząc rozmaite jego ujemne strony. Przemawiali nadto koledzy: Dr. Skałkowski, Dr. R. Merunowicz i Prof. Beck. W końcu kol. prelegent odpowiadał na zarzuty w czasie dyskusyi przeciw nakłuciu podnoszone, które nie zdołały go przekonać i zniechęcić do dalszych prób.

V. Kol. Dr. W. Nowicki przedstawia preparat anatomiczny z przypadku gastroenterostomii, wykonanej przed kilkoma miesiącami, rzekomo z powodu cieśni nowotworowej odźwiernika. Przed operacyą stwierdzono bowiem w treści żołądkowej kwas mlekowy, a w czasie operacyi wyraźny guz. Na sekcyi (chory zmarł skutkiem ostrej gruźlicy płuc) guza nie wykazano, a zwężenie odźwiernika powodowały blizny po wielokrotnych wrzodach okrągłych.

VI. Kol. Doc. P. Kučera demonstruje pierwotnego gruczolakoraka żołądka, usadowionego na krzywiźnie mniejszej w okolicy wpustu. Nowotwór ten rozwinął się prawdopodobnie z polipa, inny bowiem egzemplarz tego nowotworu, jeszcze nie zwyrodniały, wykazać można na preparacie w samym odźwierniku. Z małego nowotworu żołądka potworzyły się nadzwyczaj liczne przerzuty w wątrobie (najprawdopodobniej drogą żyły bramnej), która skutkiem tego uległa olbrzymiemu powiększeniu (waży 8 klgr.). *Dr. Herman.*

VII. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„...Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu“.
(*A. Mickiewicz*).

(Ciąg dalszy).

II. Okres od r. 1810–1815.

Ks. Józef Poniatowski, minister wojny Księstwa Warszawskiego, rozporządził imieniem Rządu Księstwa Warszawskiego dekretem z 2 grudnia 1809, że stan krakowskiej Akademii ma nadal pozostać tym samym, jakim był za poprzednich rządów cesarstwa austryackiego. Na czele Akademii stoi Rada złożona z rektora, dyrektorów i dziekanów 4 wydziałów, dyrektora szkół początkowych i średnich, oraz prokuratora i sekretarza tejże. Mimo to jednak zmniejsza się już w r. 1810 liczba dotychczasowa katedr na wydziale lekarskim z 11 na 8; w liczbie pozostałych jedna przeznaczoną jest nadal policyi lekarskiej i medycynie sądowej. Porządek wykładów ulega pewnej zmianie, albowiem uczniowie medycyny i wyższej chirurgii mają odtąd w ostatnim, t. j. 5 roku swoich studyów uczęszczać w jednem półroczu (zimowem) na wykłady medycyny sądowej, w drugiem zaś, t. j. letniem, na wykłady policyi lekarskiej. Wykłady te odbywały się jako trzygodzinne „collegia“ w języku polskim. Uczniowie niższego rzędu, kształcący się na patronów (magistrów) chirurgii, uczęszczali na te same, odpowiednio tylko dla nich skrócone, wykłady w ostatnim, t. j. trzecim roku swoich studyów.

Profesorem medycyny sądowej i policyi lekarskiej mianowała Izba edukacyjna Księstwa Warszawskiego Dra med. i fil. Sebastyana Girtlera, który też od r. 1809/10

wykłada medycynę sądową wedle dzieł Metzgera i Plenka, zaś policyę lekarską wedle dzieła I. P. Franka, Hebenstreita i Scherfa.

Sebastyan Girtler, ur. w Krakowie 18 stycznia 1767 r. z rodziców, zaliczających się do patrycyuszów miasta, uczy się zrazu w domu, potem w szkołach początkowych i średnich Krakowa. W r. 1780 przedstawionym był jako celujący uczeń biskupowi Ignacemu Massalskiemu, prezesowi Kom. Eduk. zwiedzającemu szkoły krakowskie. Po ukończeniu studyów w zakresie niższej matematyki i praw przyrody w Akademii krakowskiej pełni obowiązki nauczyciela tych przedmiotów w szkołach winnickich w województwie bracławskiem (od r. 1786—1788), następnie przez rok w szkołach sandomierskich, wreszcie przez dwa lata, t. j. do roku 1791, w szkołach przygłównych Krakowa, udzielając wszędzie nadobowiązkowo języka niemieckiego, którym włada biegle. W r. 1791 zyskuje stopień Dra filozofii i nauk wyzwolonych, porzuca posadę nauczycielską i oddaje się studyom medycyny, zarazem porządkuje archiwum i inwentarze Szkoły głównej krakowskiej wedle prawideł, wydanych przez H. Kołłątaja. Zbadał on w tym czasie i zestawił fundusze Uniw. Jag. aż po rok 1794. W tymże czasie pełni obowiązki seniora jednej z najdawniejszych szkół przy parafii N. P. Maryi, zburzonej następnie za rządów austryackich i przeniesionej do kollegium pojezuickiego przy kościele św. Barbary (obecna bursa akademicka). W myśl Konstytucyi z 3 maja 1791, wybrany przez obywateli Krakowa do ułożenia ustaw dla magistratu miejskiego, wygłasza mowę, ogłoszoną drukiem. Dnia 6 marca 1794 postanawia Kom. Eduk. wysłać go do Francyi celem wykształcenia na przyszłego prof. weterynaryi. Gdy uchwały tej nie pozwolił wykonać ostatni rozbiór kraju, wyjeżdża on na własny koszt, a z wiedzą Akademii, w lipcu 1794 do Wiednia, gdzie po 9 miesiącach studyów uzyskuje stopień doktora medycyny, poczem zwiedza Berlin, Erfurt, Lipsk i Pragę. Od r. 1796 pełni w Krakowie kolejno powierzane mu przez Rząd austryacki urzędy fizyka okręgowego, wykładającego farmacyę dla aptekarzy, zastępcy sekretarza Uniw. i Kollegium fizycznego, wreszcie zastępcy Dra Rafała Czerwiakowskiego, prof. chirurgii i położnictwa, złożonego chorobą. Od r. 1801—1805 pełni z wielką godnością powierzone mu przez Rząd austr. obowiązki prokuratora Akademii, jednak w r. 1803 usuwa się od służby z powodu „uderzeń krwi i humorów do głowy". W listopadzie 1804 przyjmuje już napowrót urząd, tym razem sekretarza Wydz. lek. i bierze udział w konkursie na posadę prof. kliniki i nauk teoretycznych dla uczniów niższej chirurgii, której jednak nie uzyskuje, tylko zyskuje godność assessora, czyli członka Wydz. lek. W r 1805, trapiony napadami artrytycznymi, porzuca wykłady instytucyi medyczno-chirurgicznych, nie przyjmuje ofiarowanego mu dziekanatu i żyje zdala od służby publicznej do r. 1809, w którym to czasie mianuje go Izba eduk. Ks. Warszawskiego profesorem medycyny sądowej, a zarazem prokuratorem Akademii. Niebawem jednak popada w niełaskę u Stanisława hr. Potockiego, prezesa Izby eduk., a to jako zwolennik H. Kołłątaja, którego br. Senft rad był widzieć następcą hr. Potockiego. Ponieważ w r. 1810/11 zniesiono urząd dyrektora Wydziału, a nadto Izba eduk. złożyła z urzędu dziekańskiego Dra Kosteckiego i zamianowała dziekanem bez wyboru prof. chemii Dra Markowskiego, przyszło między Girtlerem a Markowskim do zatargu o okazanie przez tego ostatniego dyplomu doktorskiego. Zatarg ten zresztą małoznaczący, ściągnął na Girtlera upomnienie, udzielone mu przez hr. Potockiego pismem, danem w Warszawie 2 kwietnia 1811 za „niespokojne i przeciwne porządkowi i władzy" zachowanie się, a nadto pociągnął za sobą (wskutek doniesienia rektora Uniw. Jag. hr. Sierakowskiego) usunięcie z posad profesorskich Girtlera i Michała Szymańskiego, zwolenników Kołłątaja. Dekretem z dnia 1 lipca 1811 zmniejsza Izba eduk liczbę katedr na wydz. lek. do sześciu, z tych jedną przeznacza dla wykładów terapii ogólnej i szczegółowej, kliniki lekarskiej i medycyny sądowej. Uchwała Izby eduk. z 27 sierpnia 1811 powołany bez konkursu Dr. Boduszyński wykłada od r. 1811 — do 6 paźdz. 1814 obok kliniki lek. medycynę sądową, oraz dobrowolnie i bezpłatnie policyę lekarską.

Wojciech Jerzy Boduszyński ur. 22 kwietnia 1768 w Rzeszowie, po ukończeniu szkół pijarskich, a potem gimnazyum austryackiego tamże, uczęszcza przez 3 lata na wydz. filozoficzny, następnie przez dalsze 3 lata na teoryę medycyny w Uniw. lwowskim, zaś na praktyczne wykłady lekarskie we Wiedniu, gdzie też 13 września 1797 uzyskuje stopień Dra med. Douczywszy się biegle języków łacińskiego, greckiego, francuskiego, niemieckiego, angielskiego i włoskiego, zwiedza Węgry, Czechy i Niemcy, poczem wraca w r. 1798 do kraju i wkrótce pełni obowiązki fizyka rządowego w Tarnowie. W r. 1801 szczepi on pierwszy w kraju ospę ochronną sposobem Jennera (rząd austr. szczepienia te wprowadził obowiązkowo dopiero w r. 1803). W r. 1811 mianowany fizykiem Krakowa, obejmuje wkrótce potem katedrę wyżej wspomnianych przedmiotów, przyczem w r. 1812 tworzy w szpitalu św. Łazarza pierwszą klinikę chorób wenerycznych. W r. 1816 mianowany przez komisarzy pełnomocnych trzech Dworów opiekuńczych protomedykiem Wolnego Miasta Krakowa, dostąpił zaszczytu, iż go Akademia wybrała jednym z dwóch obieralnych przez nią senatorów W. M. Kr. Dnia 22 sierpnia 1832 r. zmarł w Krakowie. Jakkolwiek nie ogłosił żadnej pracy drukiem, był za swe istotne zasługi obrany członkiem korespondentem ces. Tow. lek. w Wilnie (od r. 1819), oraz członkiem honorowym Tow. lek. w Warszawie (w r. 1832).

Gdy Boduszyński, obarczony wielką liczbą wykładów, domagał się przydzielenia wykładów medycyny „sądowniczej" i policyi lekarskiej osobnemu profesorowi, wniósł Girtler, czasowy kwiescent w r. 1813 i 1814 podania do Izby eduk. o reaktywowanie tej katedry i przydzielenie jej jemu. Pierwsze podanie nie odnosi skutku; drugie również, lecz dlatego, że niechętny Girtlerowi (który w r. 1812 odmówił Izbie eduk. objęcia katedry chirurgii z powodu, „iż niema do tego serca ani śmiałej ręki") prof. Dr. Ignacy Woźniakowski oświadcza gotowość objęcia tych wykładów. Stosunki między profesorami Wydz. lek. nie musiały być podówczas najlepsze, skoro Girtler czuje się, jak pisze jego biograf F. Kojsiewicz, poruszonym „niezgodą dzieci własnych tej biednej matki nauk" w chwili, gdy wskutek otrzymanego polecenia od Fryderyka Augusta, króla saskiego i księcia Warszawskiego, wnosi w r. 1814 projekt reorganizacyi Akademii. Projekt ten, z powodu zmian politycznych nie urzeczywistniony, zjednał pochwałę, udzieloną mu w liście przez Kołłątaja. W tym jeszcze okresie zasłużył się Girtler wnioskiem swym, aby profesorowie złożyli swe prywatne księgozbiory na rzecz mającej się utworzyć biblioteki Wydz. lek. Wtedy to prof. R. Czerwiakowski ofiarował na rzecz Uniw. cały swój bogaty zbiór dzieł i narzędzi chirurgicznych.

Od 6 paźdz. 1814 wykłady medycyny sądowej miewa „niedbale" prof. Woźniakowski.

Ignacy Woźniakowski ur. w Biczycach w Galicyi 20 lipca 1779, kończy szkoły średnie w Tarnowie, wydział filozoficzny we Lwowie, lekarski zaś we Wiedniu i tu w r. 1804 zdobywa dyplom Dra med. W r. 1805 i 1806 zasługuje się odwagą przy leczeniu cholery, za co też w r. 1808 otrzymuje od cesarza Austryi złoty honorowy medal. W r. 1809 uzyskuje w Uniw. Jag. dyplom magistra położnictwa; w r. 1810 mianowany zastępcą profesora wydz. lek. wykłada instytucye medyczno chirurgiczne; w r. 1811 kieruje wykładami w klinice lekarskiej, poczem mianowany przez Izbę eduk. w tymże roku zwyczajnym profesorem położnictwa, zajmuje tę katedrę do końca roku 1828/9. W r. 1816 zostaje wybrany czynnym członkiem Tow. nauk. krak.; w r. 1820 członkiem Rady gospodarczej Szpitala św. Łazarza ze strony Wydz. lek.; w r. 1821 zastępcą dziekana,

a w r. 1823 członkiem Wielkiej Rady Uniw. Jag. Zmarł 8 grudnia 1875. Z prac, mających związek z medycyną sądową, ogłosił drukiem: „De delirio tremente i t. d.“. Kraków w drukarni Gieszkowskiego 8⁰, str. 42.

Przez cały tedy rok 1814/15 wykłada medycynę sądową i policyę lekarską Woźniakowski, Girtler zawnosi po raz trzeci dnia 14 kwietnia 1815 prośbę o oddanie mu katedry medycyny sądowej i policyi lekarskiej, względnie o oddanie mu posady zastępcy profesora weterynaryi. Tym razem wreszcie podanie Girtlera odnosi skutek, gdyż z dniem 1 października 1815 obejmuje on jako zastępca profesora napowrót wykłady medycyny sądowej, policyi lekarskiej, a nadto weterynaryi.

III. Okres od r. 1816—1851.

Wskutek swej prośby z 7 czerwca 1816 mianuje Rząd Wolnego Miasta Krakowa Sebastyana Girtlera rzeczywistym profesorem historyi medycyny, medycyny sądowej, policyi lek. i weterynaryi i odtąd też aż do r. 1826 pełni on powyższe obowiązki. W r. 1826 obejmuje z wyboru urząd rektora Akademii, a nie mogąc wedle odnośnego statutu piastować równocześnie dwóch posad, zmuszony jest porzucić katedrę, z takim trudem wywalczoną. W r. 1818 wybrano go na 4 lata dziekanem Wydz. lek., w r. 1822 na dalsze czterolecie. Gdy jednak w tymże czasie ustąpił dobrowolnie z urzędu rektora Walenty Litwiński, b. prof. Wydz. prawa, powołano Girtlera od czerwca 1821 na zastępcę rektora. Dlatego też przy powtórnym wyborze jego na dziekana w r. 1822 za wybór ten dziękuje i prosi Wydział, aby dziekanat powierzył prof. Woźniakowskiemu, który niedawno jeszcze przeszkodził mu w uzyskaniu katedry. Od 18 paźdz. 1826 pełni urząd rektora, zatwierdzony na tem stanowisku przez Senat rządzący W. M. K. W uznaniu jego niespożytych zasług dla Akademii (brał czynny udział przy odebraniu na rzecz Uniw. Szpitala św. Łazarza, nieprawnie przywłaszczonego przez Siostry Miłosierdzia w r. 1821, zestawił i zlikwidował pretensye byłych profesorów, ich wdów i sierot co do zaległych ich pensyi z czasów Rzeczypospolitej, rządów Austryi i Ks. Warszawskiego), wybrała go Akademia na posiedzeniu z 20 maja 1831 w myśl statutu dożywotnim senatorem W. M. Kr. w miejsce zmarłego b. prof. prawa Józefa Sołtykowicza. Przy tej sposobności wymierza mu Rząd ówczesny emeryturę o 1000 złp. wyższą od należącej się mu, wynoszącą razem z tym dodatkiem 4000 złp. Dnia 5 czerwca 1832 mianuje go Tow. lek. w Warszawie swym członkiem, w r. 1833 przy redukcyi liczby senatorów W. M. K. z 12 na 8 ustępuje z ich grona i niebawem, t. j. 15 sierpnia 1833, umiera w Krzeszowicach w 67 roku życia.

Z prac jego oprócz przekładu podręcznika anatomii z niemieckiego oryginału (Kraków 1811, 8⁰, str 475), drobniejszych rozpraw, np.: „O potrzebie ścisłego postępowania władzy policyjnej co do szczepienia ospy“ (dedykowanej w r. 1820 Stan. hr. Potockiemu), z zakresu historyi medycyny i weterynaryi, ogłoszonych w rocznikach Tow. naukowego krak. (1817 T. III. str. 116—154; 1818 T. VII, str. 23—91), którego od czerwca 1821—1831 był prezesem, przełożył na język polski i wydał bezimiennie: J. P. Brinckmanna: „Wykaz prawideł, podług których przy sądowych obdukcyach medycy i chirurgowie t. zw. *visa reperta* spisywać i sporządzać mogą. Kraków 1811“. — Nadto na podstawie dzieła I. P. Franka wypracował wykłady nauki o policyi lek., zastosowanej do potrzeb kraju naszego. Pracą tą, obejmującą 300 arkuszy *in folio* „zbitego staroświeckiego pisma polskiego“, posługiwał się od r. 1810—1826 przy swych wykładach, poczem używał jej do swych wykładów następca Girtlera na katedrze Julian Sawiczewski, nawet już po śmierci Girtlera, mimo że Girtler wyraził życzenie, aby ten rękopis złożyć po jego śmierci w bibliotece Jag. Niestety, Sawiczewski nie wypełnił woli autora, zatrzymał rękopis u siebie i tutaj też spalił się on wraz z całą biblioteką Sawiczewskiego 18 lipca 1850 przy ogólnym pożarze miasta. Podobnie zaginął rękopis kilkunasto arkuszowy Girtlera „O ostatnim rozbiorze Polski“.

Po ustąpieniu Girtlera w r. 1826 z posady profesora, powierzono wykłady historyi medycyny, medycyny sądowej i policyi lek. Julianowi Sawiczewskiemu.

Julian Józef Sawiczewski, ur. w Krakowie 1795 r., kształcił się w szkołach rodzinnego miasta i tu uzyskał w r. 1818 stopień Dra med. i chir. po napisaniu rozprawy „De ferro“. Brał on czynny udział w legionach polskich Napoleona. Dnia 8 czerwca 1821 zamianowany przez Wielką Radę Uniw. Jag. nadzwyczajnym profesorem, wykładał zrazu makrobiotykę, t. j. naukę „o ratowaniu i zabezpieczeniu ludzi w nagłych wypadkach życia na lądzie i wodzie“, nadto o chorobach oczów i zębów. Przez rok 1825/6 wykładał farmacyę, zaś od r. 1826/7 objął po Girtlerze wykłady historyi medycyny, policyi lekarskiej, medycyny sądowej i weterynaryi. Dnia 30 sierpnia 1831 mianowany przez Senat rządzący zwyczajnym profesorem tych przedmiotów, wykładał je na podstawie rękopisu Girtlera do r. 1833/4. W r. 1833 wezwała go ówczesna Komisya reorganizacyjna dla Uniw. Jag. do poddania się ponownemu konkursowi celem zatrzymania nadal zajmowanej katedry. Wezwaniu temu, stanowiącemu dlań wyraźną ujmę, nie uczynił zadość i wobec tego wkrótce potem, bo z końcem roku 1833/4 z katedry ustąpił, uzyskawszy od Wydz. lek. świadectwo za swą 17-letnią nauczycielską pracę. Odtąd oddał się praktyce lekarskiej w Krakowie, poświęcając wolny czas studyom muzyki. Zebrał on też pieśni ludowe i krakowiaki, lecz ten cenny zbiór spłonął w r. 1850. Dnia 10 lutego 1854 zmarł w Krakowie. Nie pozostawił po sobie żadnych prac naukowych, miewał tylko w krak. Tow. nauk. lek. wykłady o „historyi policyi lek.“ „o zarazie morowej“ i „o medycynie u ludów dzikich“. Po reorganizacyi Uniw. Jag. w r. 1833 liczył Wydział lek. 9 profesorów, z których jeden, t. j. Sawiczewski wykładał w zimie medycynę sądową, w lecie policyę lekarską, a nadto przez cały rok historyę medycyny. Brodowicz, jako dziekan Wydz. lek. nie otrzymał od niego z końcem roku 1833/4 żadnego sprawozdania o odbywanych wykładach po myśli ówczesnego zwyczaju, a szczegół ten łącznie z tem, że do wykładów posługiwał się rękopisem Girtlera, oraz że nie zostawił żadnej naukowej pracy, świadczy, iż nie należał on do rzędu wybitniejszych uczonych, którzy przed nim i po nim katedrę tę zajmowali. (C. d. n.).

VIII. † Dr. Józef Wszebor,

lekarz naczelny szpitala Dzieciątka Jezus, kurator szpitala zapasowego, członek towarzystw naukowych i dobroczynnych, zakończył życie w Warszawie dnia 1 stycznia, licząc lat 68. Nauk lekarskich słuchał w ówczesnej warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w roku 1862, a w dwa lata później, po obronieniu rozprawy, otrzymał stopień doktora medycyny. Następnie, jako stypendysta warszawskiego Wydziału lekarskiego, bawił za granicą, oddając się w pierwszorzędnych szkołach lekarskich studyom patologii męzkich dróg moczowych i narządu płciowego. Po roku sumiennej pracy naukowej, głównie w Paryżu i w Berlinie, z której składał sprawozdania warszawskiemu Wydziałowi lekarskiemu, osiadł w roku 1866 w Warszawie, mianowany ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus; w roku 1879 objął stanowisko naczelnego lekarza w szpitalu św. Rocha, a następnie w szpitalu Dzieciątka Jezus, które piastował do śmierci. Zostawił znaczny dorobek literacki: przez 3 lata kierował wydawnictwem „Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego“; ogłosił drukiem 16 prac, głównie z zakresu chirurgii, a wspólnie z Drem Stankiewiczem i Drem J. Kwaśnickim opracował „Chirurgię operacyjną“, wchodzącą w skład „Biblioteki umiejętności lekarskich“. Poważany dla zasług i zalet rozumu i serca, zeszedł z tego świata wśród czci i żalu bliższych kolegów i całego społeczeństwa. *A. K.*

IX. Listy otwarte.

* *Otrzymaliśmy do ogłoszenia następujące pisma:*

XV Międzynarodowy Kongres lekarski w Lizbonie w r. 1906. Na propozycyę Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej, komitety narodowe zostały wzmocnione przedstawicielami tejże prasy. Jako reprezentanci prasy lekarskiej do Komitetu polskiego wstąpili: Dr. Kwaśnicki, redaktor „Przeglądu lekarskiego“, prof. Kadyi, red. „Archiwum Polskiego“, Dr. Kramsztyk, red. „Krytyki lekarskiej“, Dr. Chłapowski i Dr. Święcicki, red. „Nowin lekarskich“.

Firma Cook and Soon z Londynu organizuje ułatwienia podróży dla członków Kongresu. Krzyżowiec 1 klasy kursować będzie, — jak nam Komitet centralny donosi, — pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania Kongresu i służyć będzie za hotel dla uczestników. Parowiec opuści Londyn we czwartek 12 kwietnia, zatrzyma się w Hawrze dla zabrania podróżnych francuskich, a dalej wyruszy do Corunna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości; podobnie wysadzi podróżnych na ląd we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie po południu we środę d. 18 kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26 kwietnia, by już prosto powrócić przez Havre do Londynu.

Dowiadujemy się dalej, że Komitet centralny w Lizbonie robi starania, ażeby podobny parowiec wypłynął z jednego z włoskich portów z przeznaczeniem dla kongresistów. Sądzimy, że i nasza propozycya, ażeby Komitet wszedł w układy z Lloydem austryackim dla urządzenia wyprawy parowcowej z Tryestu do Lizbony, z zatrzymaniem się w główniejszych miejscowościach Włoch, Algieru i Hiszpanii południowej, będzie mogła być uskutecznioną. Ażeby umożliwić przyjście do skutku tego bez wątpienia bardzo dogodnego środka komunikacyjnego, trzeba nam w przybliżeniu wykazać, jaki będzie udział w Kongresie z ziem polskich. Z tego względu prosimy o wczesne zgłaszanie tak odczytów i referatów, jako też chęci uczestniczenia w Kongresie w ogóle.

Kraków, dnia 3 stycznia 1905.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz.
Prezes Komitetu polskiego XV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Lizbonie.

Kasa chorych lekarzy we Lwowie. Ponieważ uchwalone zmiany statutu nie zostały przez c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych zatwierdzone przeto uchwalił Wydział Kasy zwołać na niedzielę 29 stycznia b. r. o godzinie 12 w południe powtórne nadzwyczajne Walne Zgromadzenie do lokalu Izby lekarskiej (ulica Dominikańska, l. 11, na dole).

Porządek dzienny:
Zmiana statutów.

Zapraszając Szan. Kolegów na to Zgromadzenie, zwracamy ich uwagę, że w myśl § 21 statutu potrzebny jest komplet połowy (a więc przeszło 70) członków; zatem w razie przeszkody przybycia upraszamy o podpisanie i przysłanie pełnomocnictw.

Lwów, dnia 6 stycznia 1905.

Sekretarz: *Dr. Czaczkowski.* Przewodniczący: *Dr. Festenburg.*

Szanowny Panie Redaktorze! Do wiadomości kolegów, życzących mieć surowicę przeciwbłoniczą skoncentrowaną w małej dawce, podaję, że Zakład posiada obecnie stale surowicę, która w 4—5 centm., t. j. w jednej małej flaszeczce, zawiera 2000 jednostek. Flaszeczka takiej surowicy w aptekach według nowej taksy, zatwierdzonej przez Minist. spraw. wewn., kosztuje 8 kor., zaś w sprzedaży hurtownej za 10 flakonów 51 kor. Surowica ta nie ulega zmianie w ciągu kilku lat i może być przechowywaną bez zamiany na świeżą. *Bujwid.*

Z zarządu Towarzystwa samopomocy lekarzy:

I. Ponieważ wielu kolegów zwraca się do mnie z prośbą o przysłanie znaczków receptowych, przeto przypominam, że najlepiej nabywać je w aptekach (wszystkie apteki w całej Galicyi są już w znaczki zaopatrzone, albo też, adresując wprost: „Administracya znaczków receptowych, Kraków, ul. Radziwiłłowska, dom Towarzystwa lekarskiego“ przez co oszczędza się wydatku i zapobiega zwłoce. *Dr. Langie.*

II. P. Maszewski, aptekarz w Przemyślu, przesłał czekiem poczt. Kasy oszczędności Nr. 867,268 kwotę dwustu koron dla Tow. samopomocy lekarzy, z dopiskiem, że: „przeznacza ją zamiast będącego w Przemyślu zwyczaju rozsyłania życzeń i podarunków noworocznych miejscowym lekarzom, na fundusz dla wdów i sierót po lekarzach, utworzony przy Tow. samopomocy, z prośbą o podanie tego do wiadomości lekarzy przemyskich“. Imieniem Wydziału składam za ten dar gorące podziękowanie.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 stycznia.

* **Nowa teorya pochodzenia gatunków.** W poniedziałek d. 9 b. m. wyłożył prof. Rostafiński na posiedzeniu Akademii Umiejętności nową teoryę pochodzenia istot żywych. Opiera się ona głównie na odkryciu, że wszystkie istoty żyjące posiadają jedną składową część „naszej“ pamięci, którą autor nazywa „utrwalnością“. Wszystkie przyzwyczajenia stają się niemi właśnie dzięki tej utrwalności i przechodzą raz nabyte z pokolenia na pokolenie. Każda cecha morfologiczna, każda właściwość fizyologiczna albo psychiczna danego osobnika może w razie odosobnienia dać początek potomstwu, mającemu, dzięki tej utrwalności, nowe cechy odziedziczalne. Tak bez walki o byt i bez doboru naturalnego mogą powstawać przez przyzwyczajenia do nowego środowiska nowe grupy osobników, które nazywamy rasą, odmianą albo gatunkiem. Prof. Rostafiński podał Akademii tylko komunikat streszczający jego poglądy, a samą rzecz zamierza ogłosić w osobnej książce.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem funkcyonaryusze Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej działalności.

* Warszawskie Towarzystwo lekarskie odbyło dnia 3 b. m. posiedzenie wyborcze. Wybrano na rok 1905 następujący skład zarządu Towarzystwa: prezes — Dr. Dunin; wiceprezes — Dr. Kamocki; sekretarz — Dr. Korzon; pomocnik sekretarza — Dr. Landstein.

* Dom Towarzystwa lekar. krak. ciągle jeszcze oczekuje na oświetlenie elektryczne i z tego powodu nie może być jeszcze w całości otwarty; natomiast czytelnia jest już urządzona i członkowie Towarzystwa mogą z niej każdodziennie korzystać od godziny 5 po południu.

* I-sze Walne Zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa balneologicznego odbędzie się w sobotę dnia 14 stycznia o godzinie 6 wieczorem w sali wykładowej krakowskiej kliniki lekarskiej z następującym porządkiem dziennym: *a*) Wybór Wydziału Towarzystwa; *b*) Wnioski i interpelacye. (Notatkę tę otrzymaliśmy dnia 10 b. m.).

* W lwowskim szpitalu dla dzieci mianowani zostali: Doc. Dr. Bednarski konsultantem w oddziale chorób oczów i Dr. Eug. Doliński — sekundaryuszem w oddziale chorób wewnętrznych.

* Prof. Babiński w Paryżu mianowany został oficerem legii honorowej.

* „Słownik terminologii lekarskiej polskiej“ został ukończony. W końcu miesiąca stycznia okaże się na półkach księgarskich.

* „Zjednoczone austryackie akcyjne Towarzystwo żeglugi parowej *austro-amerikana*“ poszukuje lekarzy dla służby okrętowej. Szczegółów i wyjaśnień udzieli „Jeneralna agencya na Galicyę i Bukowinę“ (Kraków, ul. Lubicz, 7, p. Goldlust i Ska).

* W Paryżu od niedawnego czasu zostało urządzone w Sorbonie „biuro informacyjne“ dla cudzoziemców, przybywających do Francyi dla studyów. Inicyatorem tej tyle pożytecznej instytucyi jest Dr. Blondel. Biuro paryskie informuje i o innych ogniskach nauki europejskiej, przeto ma ono doniosłe znaczenie międzynarodowe. „Berliner klin. Wochenschrift“ donosi, że podobne biuro informacyjne zostało założone przy uniwersytecie Fryderyka Wilhelma w Berlinie.

* Międzynarodowy Kongres ginekologów odbędzie się od 11 do 18 września w Petersburgu pod przewodnictwem prof. Otta. Dowiadujemy się, że Komitet gospodarczy tego Kongresu zwrócił się do prof. Marsa z propozycyą zorganizowania Komitetu polskiego. O ile nam wiadomo ginekolodzy nasi zamierzają Komitet polski do życia powołać i wziąć udział w Kongresie. W skład miejscowego Komitetu krakowskiego weszli: prof. Jordan, prof. Rosner i docent Dobrowolski.

* Międzynarodowy Kongres fizyologów odbędzie się w Rzymie od 26 do 30 kwietnia t. r.

* Między 18 a 24 grudnia 1904 doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim, drohobyckim, horodeńskim, jarosławskim, kamioneckim, kolbuszowskim, kołomyjskim, mieleckim (po 1 gminie), przemyślańskim (2 gm.), stanisławowskim, stryjskim, tarnopolskim, tłumackim, trembowelskim (po 1 gminie), turczańskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docent ginekologii Holzapfel otrzymał tytuł profesora w Kilonii. Doc. psychiatryi Gudden otrzymał tytuł profesora w Monachium. Doc. psychiatryi Weygandt otrzymał tytuł profesora w Würzburgu. Dr. Robinson mianowany prof. anatomii w Birminghamie. Doc. Brachet mian. prof. anatomii w Brukseli. Doc. Małkow mian. prof. wewnętrznej medycyny w Kijowie. Tytuł profesora otrzymali: Dr. Neisser w Szczecinie; Dr. Sudhoff — w Hochdhalu; Dr. Schücking — w Pyrmoncie.

Nekrologia. Dr. Franciszek Brunon Dziewiszek zmarł 5 b. m. w Lublinie, licząc lat 49. Dr. Lécorché, znany autor i były prof. uniw. paryskiego, zmarł w 75 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 53. Świątecki: Rad i jego promienie (dok.). Lud. Korczyński: O wpływie jadów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi (dok.).

— *Medycyna* Nr. 53. Heryng: O nowych metodach inhalacyjnych (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Giedroyć: Poglądy lekarskie Reja. Biegański: O celowości w zjawiskach patologicznych (c. d.). Z. Kramsztyk: 1) Pilna potrzeba. 2) Hypertrofijne organy szpitalnictwa warszawskiego. 3) Nowe pisma lekarskie.

— *Biblioteka lekarska* Z. 12. Dieulafoy T. IV. Gorączki wysypkowe. Dur.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 12. Łepkowski: Uproszczony sposób robienia koron ciągnionych.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Barzycki: Sprawozdania roczne o inspekcyach w r. 1902. Zarzycki: W sprawie kanalizacyi m. Lwowa.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 1. Maixner: Některe zkušenosti o angina pectoris. Thomayer: Příspěvek k vědomostem o obrnách svalů dýchacích. Lhoták: O podmínkach určujících projevy dušeni. Steppan: Luxatio talo-cruralis pedis postica.

— *Lékařské rozhledy* Z. 12. Hnátek: Polymyositis acuta haemorrhagica.

— *La Presse médicale* Nr. 104. Sabouraud i Noiré: Leczenie liszaja wyłysiającego promieniami X w szkole Lallier. Terrien: Leczenie osesków ze wstrzymanym wzrostem.

— Nr. 105. Desfosses: Badanie kliniczne grzbietu dziecka. Sardou: Klimat francuskiego wybrzeża śródziemnego morza pod względem klinicznym. Delaunay: Odruch przełykowo-łzowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 1. Orth: Przyczynek do znajomości rozedmy płuc. Passow: Przyczynek do nauki o czynnościach błędnika. Baum: Przyczynek do nauki o pokrzywce. Kernig: O przedmiotowo wykazalnych zmianach w sercu, zwłaszcza na osierdziu, po napadzie dusznicy bolesnej. Schomburg: Przyczynek do leczniczego działania grizeriny. Neumann: Gnilec u osesków w Berlinie. Hildebrandt: Zastosowanie adrenaliny w chirurgii.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 1. Lange: Leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa zapomocą czynnych i biernych prostowań. Peters: Dalsze uwagi nad sprawą jaglicy i nad leczeniem cierpień spojówki. Arnsperger: Endemiczne występowanie białaczki szpikowej. Stadler: Badania Pawłowa i ich znaczenie dla kliniki chorób trawienia. Hempel: Przyczynek do leczenia choroby Basedowa antytyreoidynową surowicą Möbiusa. Thienger: Spostrzeżenia nad antytyreoidyną Möbiusa. Sondermann: Nowa metoda dla rozpoznawania i leczenia chorób nosa. Kretschmann: Przyczynek do operacyi ropotoku jamy szczękowej. Hildebrandt: Nowe lekarstwiane i lecznicze kierunki. Cahen: Przypadek przepukliny urazowej płuca bez zewnętrznego zranienia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Hamburger: Przyswajanie a dziedziczenie. Rossiwall i Schick: O swoistej aglutynacyi paciorkowców z płoniczego zapalenia gardła i o pozaustnem pierwotnem zakażeniu. Pick: Uwagi z zakresu granicznego między psychiatryą a neurologią. Graff: Leczenie operacyjnego zranienia przewodu piersiowego.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1. Kraus: Uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem chorób serca. Edinger: Choroby układu nerwowego z zużycia. Pfeiffer: Antybakteryolityczne substancye surowicy prawidłowej. Riedel: Leczenie zanogcicy. Sarvey: Bakteryologiczne uwagi nad odkażaniem gorącą wodą i alkoholem. Sattler: Leczenie oderwania siatkówki. Riesenfeld: Rad w zdrojach i borowinie. Müller: Przewlekłe zołzowate zapalenie gruczołu mlecznego u dzieci.

Redakcya otrzymała. Karliński: W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta. — Sprawozdanie szpitala powiatowego w Buczaczu za rok 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 1 (od dnia 1/1 do 7/1) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 36, dziew. 30; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 26; zamiejscowych: męż. 9, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miej. 2, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 8, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 41, obcych 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Xeroform

Najlepszy przetwór zastępujący skutecznie jodoform.

W użyciu bezwonny, jałowy, nie trujący podany nawet wewnętrznie w dużych dawkach jako środek odkażający jelita. Koi bole tamuje krwotoki, nie drażni, nie wywołuje wyprysku. Znakomity środek odwaniający, działa osuszająco i pobudza przybłonek do bujania. **Srodek swoisty w ulcus cruris, intertrigo, wyprysku sączącym i oparzeniach.** W zastosowaniu tani, gdyż mało go się zużywa.

— Brunsa pasta xeroformowa. —

Creosotal

Creosotal »Heyden«, nietylko znakomity środek **przeciwgruźliczy,** lecz również **lek swoisty** w zakaźnych niegruźliczych chorobach dróg oddechowych. **Szybkie wyleczenie zapalenia płuc** (zapalenia płuc ogniskowego, odrowego, grypowego, błoniczego) po zastosowaniu dużych dawek Creosotalu: 10 do 15 g dziennie w 4 dawkach, dla dzieci dawka dzienna 1 do 6 g.

Próbki i literaturę wysyła 2b

Chemiczna fabryka Heydena, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie,** gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego zapomocą wcierań w okolice ucha, w **nerwobolach**; działa pewnie przeciw gośćcowym bólom głowy i zębów, **przeciw** zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach.



Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań **znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać** i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka.

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe,** Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler,** handel leków i chemikaliów en gros w Pradze. 155

Ceny: Wielka flaszka K. 2·20, mała K. 1·10. — Zamówienia pocz wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.



Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku

Dwie flaszki wysyłam franco

Dr. BULLING-INHALATION

Polecana przez lekarzy na wszystkie choroby narządu oddechowego. Przyrząd do użytku domowego **„Thermo-Variator"** nabyć można w odpowiednich handlach. **„Thermiol"** (fenylpropiolan sodowy, jedyny producent Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz), środek wypróbowany przeciw gruźlicy płuc i krtani. Skuteczne wziewania „Thermiolu" można wykonać tylko zapomocą „Thermo-Variatora".
72

Zimowa wziewalnia: Lussinpiccolo.

Wyjaśnień udziela:

Dr. BULLING Inhalatorium-Syndikat, Wiedeń IV. Gusshausstr. 10.

„HYGEA" CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA"

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie **za najlepsze i najtańsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden"), duotalem („Heyden"), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawco wyrobów, upraszam dodawać na receptach: „fabr. **ZAHRADNIK** in **scat. orig**".

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK".

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej: „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej".

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK".

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

LW. 234/05.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Białej.

Kandydaci powinni najpóźniej do końca stycznia 1905 wnieść podania do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 roku życia.

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego.

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z uniwersytetów Monarchii austryackiej, upoważniającego go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca o rocznych 1200 Koron.

Stabilizacya na tej posadzie, nadającej prawo do emerytury, może nastąpić po roku gorliwej i pożytecznej służby.

We Lwowie, dnia 3 stycznia 1905. 81

Konkurs

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie jest opróżniona posada sekundaryusza przy oddziale chirurgicznym z remuneracyą 1.200 Koron rocznie, płatną w ratach miesięcznych z góry.

O posadę tę ubiegać się mogą tylko Panowie lekarze, którzy przynajmniej przez 6 miesięcy pozostawali na praktyce w szpitalu św. Ludwika.

Podania wnosić należy na ręce Dyrektora najpóźniej do dnia 1 lutego b. r.

111 Dyrektor: Prof. *Jakubowski.*

L. 872.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w miasteczku Tyrawa wołoska z płacą roczną 600 koron.

Podania wnosić można do Zwierzchności gminnej w terminie 4 tygodni.

Tyrawa wołoska, dnia 20 grudnia 1904. 183

Zwierzchność gminna.







Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.